

Tanker og erfaringer fra afasiundervisningen – refleksjoner fra tre mennesker med afasi.

Astrid Mæland Solberg



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved
Det utdanningsvitenskapelige fakultet,
Institutt for spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

November 2011

© Forfatter: Astrid Mæland Solberg

År 2011

Tittel: Tanker og erfaringer fra afasiundervisningen – refleksjoner fra tre mennesker med afasi.

Astrid Mæland Solberg

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Trykkeriet Fylkeshuset, Vestfold Fylkeskommune, Tønsberg.

Sammendrag

Tittelen på denne oppgaven er: Tanker og erfaringer fra afasiundervisningen – refleksjoner fra tre mennesker med afasi.

Hovedproblemstillingen er: Hvilke tanker og erfaringer har mennesker med afasi fra afasiundervisningen? Hvordan opplevde de møtet med logoped og afasiundervisning?

Underproblemstillingen er: Hva kan jeg som logoped lære av deres refleksjoner? Etterhvert som oppgaven skred fram, endte jeg opp med en konklusjon på underproblemstillingen som favner noe videre.

En undring tidlig i studiet om hvordan mennesker med afasi egentlig opplever afasiundervisningen sin, var delvis årsaken for mitt valg av tema og problemstilling. Erfarer de at den er nyttig og relevant for deres livssituasjon? Har de en opplevelse av å bli hørt, være delaktig i undervisningsprosessen og har pårørende/nærpersoner blitt involvert? Dette var noen av spørsmålene jeg ønsket å få svar på.

Dette er en kvalitativ forskningsoppgave med bruk av semistrukturert intervju som innsamlingsmetode. Formålet var å få et innblikk i noen menneskers liv med afasi, dermed er dette ikke en undersøkelse som kan danne grunnlag for en generalisering av fenomenet. Tre informanter i alderen 45-65 år deltok i prosjektet. De er mennesker med en moderat eller mild grad av afasi, med en relativt god forståelse og evne til å gjøre seg forstått. Intervjuguiden hadde tre hovedkategorier: A. Afasiundervisningen, B. Relasjonen til logopeden, C. Informasjon, veiledning og samarbeid. Oppfølgingsspørsmål ble aktiv brukt under intervjuene. Det ble gjort lydopptak av samtalene og feltnotater som deretter ble transkribert i en meningsfortettet form.

Jeg valgte å presentere og drøfte funnene under ett. Mine tre informanter virket fornøyde med sin afasiundervisning. De uttrykte stort sett tilfredshet med relasjonen og samarbeidet med logopeden, og de hadde en oppfattelse av logopeden som en kvalifisert fagperson og en person som støttet og oppmuntret dem. Ingen av informantene hadde en undervisningsplan/opplæringsplan eller formelle (egen)definerte mål. To av dem hadde ikke noe formening om at det var foretatt en formell evaluering av undervisningen eller deres språklige/kommunikative framgang. Alle hadde erfaring med uformell og positiv tilbakemelding/evaluering underveis i prosessen. Ingen av de tre kunne huske om det var tatt

noen form for tester av dem. De hadde hatt noen individuelle ønsker for undervisningen som; å skrive, lese, regne, trene på data, lese et fremmedspråk og lokalisering av undervisningen. Disse ønskene ble oppfylt. Tross dette, er min oppfattelse av deres afasiundervisning at den var relativt mye regissert av logopeden, og ikke uttalt deltakerstyrt. Og de hadde ingen motforestillinger eller innvendinger til denne ordningen heller! De påpekte at de i begynnelsen etter slaget var så dårlige at de ikke hadde noen formening om noe som helst og var glad til for alt de fikk av tilbud. De hadde ikke en bevisst formening eller oppfattelse av en helhetlig tilnærming i undervisningen til deres afasiproblematikk. Det hadde de alle tre derimot av opplegget ved "Hjerneskolene", et tilbud Habiliteringstjenesten tilbyr. Stikkord her var: tverrfaglighet, sosial kontekst og intensitet. Undersøkelsen viste et sprikende behov og interesse for informasjon om afasi for egen del, men to av informantene skulle ønsket logopedene kunne gi mer informasjon til pårørende og nærpersoner. Ingen av informantene hadde opplevd noen form for samarbeid mellom pårørende og logoped.

Jeg tror en god del logopeder vil nikke gjenkjennende til disse funnene, mens andre kanskje vil reagere negativt av ulike årsaker. Jeg vil presisere at dette prosjektet var et ønske om å få et innblikk i noen mennesker med afasi sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen og hva jeg/evt. vi som logopeder kan ta lærdom av fra disse refleksjonene, fortellingene. Jf. litteraturen og forskningen (andres og min) som jeg har presentert i oppgaven, er vi som yrkesgruppe fortsatt preget av den medisinske modell-tankegangen og-tradisjonen, der vi i kraft av å ha fagkunnskap og -kompetanse er ekspertene, mens deltaker er mottaker og språkvansken og skadefokusering er sentrale/viktige elementer i undervisningen. Dette gjør noe med oss som fagpersoner, men det former og bekrefter også deltaker, pårørende og samfunnets bilde og forventninger av oss! Den sosiale tilnærmingen som danner et bakteppe for min drøfting av funnene, opplever jeg å ha elementære spesialpedagogiske prinsipper i seg der både individ og helhet/system blir sett i sammenheng. Det oppleves for meg, og jeg tror flere med meg, vanskelig helt ut å arbeide etter prinsippene i den sosiale tilnærmingen selv om en ønsker det. Vi er bundet til en viss grad av tradisjoner, forventninger og system. Av erfaring opplever jeg ingen åpenbar eller formell tenkning eller vilje i system og samfunn for en deltakerstyrt holistisk tilnærming til afasiproblematikken. Minst like viktig er om vi logopeder anser denne tilnærmingen som verdifull og faglig aktuell i afasiundervisningen og kan omjustere rollen vår til å være samarbeidspartner med våre deltakere. Det er også et spørsmål om en holdningsendring og et ønske om en slik tilnærming hos mennesker med afasi og deres pårørende.

Forord

Jeg har tidligere hevdet at å skrive en masteroppgave ikke nødvendigvis ville gjøre meg til en bedre logoped. Jeg håper og tror jeg har tatt feil!

Når en leser og arbeider med faglitteratur skjer det noe. En lærer mye nytt, en reflekterer, en får andre perspektiver på ulike fenomener, en blir engasjert, en blir ydmyk i forhold til afasiens mange “krinkelkroker” og alle sammensatte konsekvenser mennesker med afasi må leve med.

Å møte mennesker med afasi gjør også noe med en. Jeg vil takke mine tre informanter og prøve-intervju-informantene for deres villighet, positive åpenhet og ærlige fortellinger fra egne liv. Det krever mot og trygghet å blottlegge seg slik i et intervju. TAKK! Det har vært givende og interessant å lytte til deres tanker og erfaringer. Når jeg har lest det transkriberte materialet, har lyden av stemmene deres vært i hodet mitt, de morsomme episodene, humringen og smilene, den såre undertonen i beretningene om tøffe livserfaringer, det utrolige pågangsmotet og stå-på-viljen! Det er et privilegium å få et lite innblikk i hverdagen til mennesker med afasi!

Jeg vil også få takke mine logopedkollegaer som var behjelpelige med å finne informanter!

Uten helhjertet støtte av mann og barn hadde jeg neppe stått dette løpet ut! Takk Kåre for alt du har gjort og vært for meg gjennom denne tiden! Takk for tålmodighet, alle oppmuntrende sms'er og telefoner fra dere ungdommer! Det har varmet og motivert. Hjertens takk mine kjære!

Jeg vil også få takke min veileder Bjørn Damsgaard for at han har hatt tro på meg og prosjektet mitt! Det har vært veldig viktig for meg og styrket meg i arbeidet. Likedan takk for gode innspill, faglige og artige samtaler underveis i prosessen. TAKK!

Vil også få takke Ingvild Røste for gjennomlesing av teorikapittelet.

Re, november, 2011

Astrid Mæland Solberg

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Oppgavens problemstilling og formål	1
1.3	Metodevalg og gjennomføringen av prosjektet	2
1.4	Disposisjonen av oppgaven	3
2	Teori	4
2.1	Afasi.....	4
2.2	Tilleggsvanter.....	7
2.3	Ulike tilnærminger til afasi.....	8
2.3.1	Bostonskolen eller nevropsykologisk tilnærming	8
2.3.2	Kognitiv nevropsykologisk tilnærming.....	9
2.3.3	Sosial tilnærming.....	9
2.4	Hvorfor afasirehabilitering?	12
2.4.1	Rehabilitering og rettigheter.....	13
2.5	Afasiundervisningen – hvem er logopedene og hvordan kan den i teorien være?	15
2.5.1	Hvem er logopedene?.....	15
2.5.2	Hvordan kan afasiundervisningen i teorien være?	16
2.5.3	Afasiundervisning med utgangspunkt i en sosial tilnærming.	19
2.5.4	En kort presentasjon av relevant forskning	24
2.6	Veiledningens plass i afasiundervisningen.....	25
3	Metodisk tilnærming	28
3.1	Tematisering	28
3.1.1	Tema, problemstilling og formål.....	28
3.1.2	Kvalitativ forskningstilnærming og kvalitativt semistrukturert forskningsintervju.....	29
3.2	Planlegging	31
3.2.1	De ulike stadiene	31
3.2.2	Etiske refleksjoner.....	32
3.3	Gjennomføring av intervjuene.....	35
3.3.1	Intervjusituasjon, informant og intervjuer.....	36
3.3.2	Intervjuguide og intervju spørsmål	39

3.4	Transkribering	39
3.5	Drøfting	40
3.6	Verifisering	43
3.6.1	Reliabilitet	43
3.6.2	Validitet	43
3.6.3	Generaliserbarhet	45
3.7	Presentasjon og drøfting	45
3.8	Metodekritikk	45
4	Presentasjon og drøfting	48
4.1	Metodebeskrivelse	48
4.2	Presentasjon av informantene	49
4.3	Afasiundervisningen	49
4.3.1	Afasiundervisningens betydning for informantene	50
4.3.2	Informantenes ønsker for og motivasjon til afasiundervisningen	54
4.3.3	Tok undervisningen utgangspunkt i deres "livsverden" og deres kompetanse?	57
4.3.4	Undervisningsplan, mål, innhold og metode	59
4.3.5	Evaluerings av afasiundervisningen	62
4.4	Relasjonen til logopeden	63
4.4.1	Samarbeidet med logopeden og atmosfæren i timene. Logopeden som fagperson og veileder.	64
4.5	Informasjon, veiledning og samarbeid	67
4.5.1	Informasjon om afasi og tilleggsvansker	67
4.5.2	Informasjon eller veiledning om afasi i forhold til familie/pårørende eller nærpersoner. Samarbeid mellom pårørende og logoped	69
4.6	Empirisk oppsummering	71
5	Konklusjon	74
	Litteraturliste	81
	Vedlegg	91
	Vedlegg nr 1: Informasjonsskriv	91
	Vedlegg nr 2: Intervjuguide	94
	Vedlegg nr 3: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste	96

1 Innledning

Hva syns egentlig mennesker med afasi (heretter forkortet som mma for både entall og flertall) om afasiundervisningen sin? Opplever de den nyttig, at den får konsekvenser for hverdagen deres? Føler de at den tar utgangspunkt i deres livssituasjon og deres behov? Hvor deltakerstyrt er afasiundervisningen? Blir pårørende og nærpersoner involvert? Dette er spørsmål jeg som logoped har stilt meg og som jeg ønsket å få noen svar på.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har alltid hatt interesse for språk og kommunikasjon. Interessen for afasi har vært av både faglig og privat art, og var en av "drivkreftene" mine for å utdanne meg som logoped. Jeg har i møte med mma sett hvordan afasien kan endre liv og hvilke konsekvenser den kan få. Jeg har også en oppfatning av at det generelt i samfunnet ikke er nok oppmerksomhet og kunnskap om afasiproblematikken. Etter fire års erfaring som logoped med hovedvekt på afasiundervisning, har ikke min interesse for og mitt valg av tema blitt svekket, tvert imot. Logoped erfaringen min har også bidratt til å styrke min forståelse for og innsikt i temaet og for mma.

1.2 Oppgavens problemstilling og formål

Jeg hadde i starten problemer med å formulere en problemstilling som ikke var for vid. Det var så mange aspekter jeg gjerne ville ha belyst! Etter flere runder satt jeg igjen med en problemstilling som var "snever nok", realistisk, men samtidig interessant.

Hovedproblemstillingen er: "Hvilke tanker og erfaringer har mennesker med afasi fra afasiundervisningen? Hvordan opplevde de møtet med logoped og afasiundervisning?"

Underproblemstillingen er: Hva kan jeg som logoped lære av deres refleksjoner?

Mitt hovedformål med undersøkelsen var å få et innblikk i og å få en større kunnskap om mma sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen som evt. kan gjenspeiles i min logopedpraksis. Kan prosjektet bidra noe i fagfeltet, så er det også fint! Utgangspunktet for problemstillingen var en tidlig undring i studiet og etterhvert fra egen praksis, over hvordan mma egentlig opplever møtet med logoped og afasiundervisning. Bak undringen og interessen lå selvsagt et ønske og et mål om at denne informasjonen, kunnskapen kunne bidra til positiv

endring i eller forbedring av egen praksis og å bevisstgjøre og utvikle meg i min egen rolle som logoped. Som logoped arbeider en innenfor det spesialpedagogiske området, og som tidligere lærer og spesialpedagog i mange år har jeg en bevissthet om og referanseramme for nettopp det. Intervjuguiden bærer tydelig preg av den pedagogiske/spesialpedagogiske vinklingen. Jeg ønsket å sette disse menneskenes tanker og erfaringer inn i en spesialpedagogisk og afasifaglig teoretisk ramme. Jeg har valgt å drøfte funnene opp mot den sosiale tilnærmingen som jeg vurderer å ha i seg mange grunnleggende spesialpedagogiske elementer. Jeg går også et skritt videre og "drøfter"/vurderer den sosiale tilnærmingens tilstedeværelse og levevilkår i dagens afasiundervisning.

Uten å ha særlig store tanker om de eventuelle faglig-vitenskapelige eller for så vidt allmenne konsekvenser av dette forskningsarbeidet, tror jeg det er verdifullt for enhver yrkesutøver innenfor det spesialpedagogiske feltet å stoppe opp av og til og reflektere hva en gjør, hvordan og hvorfor en gjør som en gjør, og hvilken rolle en innehar. Det er lett å falle inn i vante mønster, det er nødvendig med påfyll, nye tanker, innfallsvinkler, perspektiver og oppfrisking av gammel og verdifull kunnskap. I neste omgang kan dette komme disse menneskene til gode som vi samarbeider med til daglig – det er også et ønske og et mål for prosjektet mitt!

1.3 Metodevalg og gjennomføringen av prosjektet

Å studere et fenomen, som her er min sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen, plasserer forskningsprosjektet inn i en fenomenologisk og kvalitativ forskningstilnærming. I en slik tilnærming ligger det et ønske om å få informasjon om informantens livssituasjon og ved den bedre kunne forstå deres livsverden. En prøver å se på fenomenet ut ifra deres perspektiv. Et semistrukturert forskningsintervju er et godt verktøy å bruke for å innhente denne type informasjon. Samtalen mellom intervjuer og informant følger et oppsatt skjema/en intervjuguide som dekker hovedkategoriene, men hvor det er frihet til å stille oppfølgende spørsmål, intervjusamtalen preges av åpenhet og fleksibilitet. Det skapes en kunnskap i denne samhandlingen mellom de to partene (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

I gjennomføringen av prosjektet og oppgaveskrivingen, valgte jeg å følge Kvale & Brinkmanns (2009) syv stadier i en intervjuundersøkelse (se kap. 3. Metodisk tilnærming). Dette oppsettet opplevde jeg var ryddig og greit, og det strukturerte meg både i tilnærmingen

og i selve prosjektskrivingen. Det fungerte som en klarlegging av undersøkelsens hvorfor-, hva- og hvordan- spørsmål.

1.4 Disposisjonen av oppgaven

I kapittel 2 presenteres forskjellig litteratur om teorier og forskning som har relevans for oppgavens problemstilling og drøfting. Det er i hovedsak om afasi, men også noe om veiledning generelt og noe spesifikt om empowerment-tenkning. Den har et nokså forutsigbart oppsett hvor først afasi blir definert og gjort rede for, deretter tilleggsvansker. Ulike tilnærminger til afasi blir kort referert, hvorav den sosiale tilnærmingen blir grundigere omtalt. Bakgrunn og begrunnelse for afasirehabilitering blir så gjort rede for. Videre forsøkes det å skissere opp hvordan afasiundervisning kan arte seg i teorien med spesielt fokus på den sosiale tilnærmingen til afasiundervisning. Aktuell/relevant forskning presenteres kort. Til slutt i dette kapitlet omtales veiledningens plass i afasiundervisningen.

Opgavens metodiske tilnærming blir presentert i kapittel 3 ved gjennomgangen av Kvale & Brinkmanns (2009) syv stadier. Kapitlet inneholder begrunnelse for valg av tema, problemstilling, kvalitativ tilnærming og intervju som metode. Deretter redegjøres det for planlegging, etiske refleksjoner, gjennomføring intervjuene, transkribering, analysering, verifisering og presentasjon og drøfting. Kapittel 3 avsluttes med metodekritikk.

Kapittel 4 er i sin helhet en presentasjon og drøfting av funnene i undersøkelsen med en empirisk oppsummering til slutt.

Opgavens siste kapittel består av en konklusjon.

2 Teori

Dette kapittelet er en presentasjon av relevant teori og forskning sett i forhold til min problemstilling og drøfting av data. Først kommer en redegjørelse for afasi og tilleggsvansker. Deretter presenteres ulike tilnærminger til afasi, med særlig vekt på den sosiale tilnærmingen. Årsak og grunnlag for rehabilitering blir kort omtalt. Siste del av kapittelet omhandler afasiundervisning og veiledningens plass i undervisningen. Gir også der en kort presentasjon av relevant forskning. Jeg har valgt et oppsett i dette kapittelet ut fra egen semesteroppgave "Psykologiske tilleggsvansker hos afasirammede" fra 2006. Første kapittel i "Afasi – et praksisrettet perspektiv" (Lind, Haaland-Johansen, Knoph & Qvenild, 2010) har en nokså lik oppbygning, men har ikke vært mal for mitt valg for oppsett.

2.1 Afasi

Opprinnelsen til det språklige begrepet afasi er det greske ordet aphasia som oversatt betyr; tap av taleevne. Det finnes mange og noe forskjellige definisjoner av afasi i faglitteraturen. Årsaken til det kan historisk sett være at ulike faggrupper (bl.a. leger, nevrologer, nevropsykologer, lingvister og logopeder) og ulike ”skoler”/tilnærminger innenfor afasifeltet har hatt ulike innfallsvinkler til afasi og dermed også vektlagt forskjellige aspekter ved afasi. Hvordan en definerer afasi får innvirkning på kartlegging, diagnostisering, undervisningsinnhold og –metode og tiltak (Hallowell & Chapey, 2008). Jeg refererer her til en definisjon av afasi som er mye brukt i Norge både i kurssammenheng og i faglitteratur, og som de fleste kan enes om (Qvenild, Haukeland, Haaland-Johansen, Knoph, & Lind, 2010).

(...) an acquired impairment in language production, comprehension, or cognitive processes that underlie language. (...). It is characterized by a reduction or impairment in the ability to access language form or structure, language content or meaning, language use or function, and the cognitive processes that underlie and interact with language such as attention, memory, and thinking (Murray & Chapey, 2001). Aphasia is a multimodality disorder, since it may affect listening, speaking, reading, writing, and gesturing, although not necessarily to the same degree. (Patterson & Chapey, 2008, s. 65).

Afasi er en ervervet språk- og kommunikasjonsvanske og kan opptre som en multimodal språkvanske; dvs. å ha problemer med å forstå, snakke, lese, skrive og å bruke gester. Hvor mange av og hvordan de forskjellige språkmodalitetene rammes, er avhengig av skadested og skadeomfang i hjernen. De kognitive, lingvistiske og pragmatiske komponentene kan bli skadelidende, og prosesser som oppmerksomhet, hukommelse og tenkning affiseres, og dette påvirker de språklige prosessene. (Reinvang, 1994; Lind, Moen, Uri & Meyer Bjerkan, 2000; Patterson & Chahey, 2008). Afasi er et resultat av en nevrologisk skade i hjernen oftest forårsaket av sykdom eller ytre hodeskader og er ikke en sensorisk, motorisk eller intellektuell vanske i seg selv (Hallowell & Chahey, 2008). Hjerneslag er den vanligste sykdommen som kan resultere i afasi. Ca. 15 000 nordmenn rammes årlig av hjerneslag, og av dem får ca. 1/4 afasi (Helsedirektoratet, 2010). Dette er en sykdom som rammer plutselig og som i seg selv kan oppleves dramatisk. For den som også rammes av afasi, kan det få omfattende, dramatiske og brutale konsekvenser, men også for nærmeste familie og venner (Lyon & Shadden, 2001; Qvenild et al., 2010).

Not only do a host of ongoing "barriers" obstruct aspects of daily life such as maintaining a household, rearing a family, or working in a chosen job or profession, but more importantly, they often paralyze, undermine, and/or retard personal or intimate domains of life, such as sharing, discussing, wishing, and deciding jointly and mutually with key confidants, friends, and loved ones. (Lyon & Shadden, 2001, s.297)

For mange mennesker blir afasien en kronisk skade som får konsekvenser for hverdagen livet ut. Denne kommunikative "breakdown'en" kan få direkte konsekvenser for selvbylde, egen identitet og for små og store faktorer og gjøremål i hverdagen. Konsekvensene og effektene av denne språk- og kommunikasjonsdysfunksjonen kan bli store over tid. Afasiens inntreden kan for mange markere et brudd med hvordan livet har vært og hvordan det kan komme til å bli. "Det jeg var suveren til før, kan jeg plutselig ikke lenger... Ordene henger i lufta uten holdepunkter, forvirrede og forvirrende... Slik er det å være vingeskutt: Skadd. Ute av balanse." (Sindre & Eide, 1992, s. 14, 18, 28). Både slaget og afasien kan utløse krisereaksjoner hos mange (Clarke, 2003; Johannessen, Kokkersvold & Vedeler, 2010). Utfordringen blir hvordan hver enkelt person lever med sin afasi, hvordan omgivelsene, altså

familie, venner og samfunnet for øvrig, forholder seg til et mma og hvordan støtteapparatet i form av ulike statlige og kommunale tjenester ser på sitt ansvar i forhold til en kronisk skade og hva det offentlige kan tilby av støtte, hjelp og tjenester til et mma og dets pårørende.

Innenfor det logopediske fagmiljøet har det i lengre tid vært en retning som presiserer viktigheten av å definere afasi ikke bare i en språklig, lingvistisk kontekst, men i en videre betydning hvor en inkorporerer afasiens konsekvenser som igjen får følger for tilnærming og tiltak (dette blir nærmere omtalt under ulike tilnærminger til afasi, underavsnitt 2.3.4).

(...) the nature of aphasia is an acquired disorder of previously intact language ability secondary to brain damage. And, the disorder of language may be present as impairment – disruption in phonology, morphology, semantics and/or syntax; disability – a reduction of functional communication in everyday life; and/or handicap – restricted participation in society that reduces the quality of life. (Wertz, 2000, s. 4-5).

Å se helhetlig på ulike funksjonshemminger er også tankegodt som har fått gjennomslagskraft i International Classification of Functioning, Disability and Health, (ICT), WHO, 2003. ICF er en "sammensmelting" av et medisinsk og et sosialt perspektiv hvor det blir tatt hensyn til både individuelle og kontekstuelle forhold (WHO, 2002; Theie & Qvenild, 2010). Theie & Qvenild (2010) beskriver ICT som:

(...) et kvalifikasjonssystem som har som hovedmål å gi et felles språk og rammeverk for *beskrivelser* av bl.a. personer med funksjonshemminger. (...) et verktøy som trekker opp hvilke faktorer som er relevante å ta hensyn til i kartlegginger, utredninger, diskusjoner om implementering av tiltak m.m. (s. 10).

Selv om ICF ikke sees på som et kartleggings- eller diagnoseverktøy, så kan ICF bidra til å synliggjøre og skape en forståelse for ulike funksjonshemmingers egenkarakter, hvilke konsekvenser funksjonshemmingen har for individet selv og settingen rundt individet. Det er ulike meninger om hvor relevant, velegnet og anvendelig ICF er i bruk i forhold til afasi (Worrall, 2000; Theie & Qvenild, 2010). Tross meningsforskjeller kan ICF fungere som en meta-teori for logopeder i arbeidet med afasi og et rammeverk i forhold til funksjonell kommunikasjon nettopp fordi den har en holistisk tilnærming til funksjonshemming der klientens behov og mål er i fokus. Ved å bruke ICF aktivt, letter kommunikasjonen mellom

faggrupper da en forholder seg til et felles rammeverk og språk. Garcia (2008) hevder at ved å anvende bl.a. ICT

(...) provide a good starting point for understanding the relationship among all the factors that contribute to helping individuals reenter their lives following aphasia. They can help to identify whether the focus of therapy should be on (a) regaining language abilities, (b) diminishing environmental facilitators, (c) helping the individual to define new life goals, or (d) any combination of the first three. (s. 370).

2.2 Tilleggsversker

I tillegg til språk- og kommunikasjonsversker, kan et mma også oppleve andre forandringer eller utslag som følge av hjerneslaget. Forandringene/utslagene forekommer i forskjellig form, grad og i ulike faser. Noen opplever rask bedring, noen noe og/eller gradvis framgang, mens andre må lære seg å leve med verskene, de blir mer eller mindre permanente. Disse tilleggsvanskene kan medføre store omveltninger i personens liv på flere plan og påvirke den språklige rehabiliteringen.

Lyon (1998) grupperer tilleggsvanskene i to hovedgrupper; fysiske og psykiske eller følelsesmessige forandringer. De fysiske verskene kan bl.a. være lammelser, synsfeltutfall, dysartri, ulike typer apraksi, tretthet/fatigue og smerter. Han påpeker også at fysiske versker kan trigge eller føre til psykiske versker. I faglitteraturen har det vært ulike synspunkter på om enkelte av de psykologiske utfallene er nevrologisk begrunnet eller om de er naturlige psykiske reaksjoner på det å få et hjerneslag og rammes av afasi med alle dens komplikasjoner (Holland & Forbes, 1993; Lafond, DeGiovani, Joannette, Ponzio & Taylor Sarno, 1993). Psykiske forandringer kan oppstå allerede i akutfasen til sent i rehabiliteringsfasen. Det kan bl.a. gi seg utslag i emosjonell labilitet og "inkontinens", depresjon, angst, sinne, redusert selvfølelse, endret selvoppfattelse, mindre selvinnsett og –kritikk (Lyon, 1998; Patterson & Chapey, 2008). Prosjekt Kunnskapsdialog og Aker sykehus (1998) har i samarbeid utarbeidet et veiledningshefte som kalles "Den slagrammede og de usynlige verskene". Dette er et hefte som informerer godt om ulike versker en kan få etter slag. Enkelte av disse verskene snakkes eller informeres det kanskje ikke så mye om, men det er versker som kan føre til usikkerhet, engstelse og frustrasjon. De "usynlige" verskene kan være kognitiv funksjonssvikt med utslag som hukommelsesversker, nedsatt oppmerksomhet

og konsentrasjon og vansker med atferdsregulering. Sanseproblemer som nedsatt berøringssans/temperatursans/leddsans, neglekt, rom- og retningsproblemer og agnosi er andre eksempler på vansker som kan komme i kjølvannet av et slag.

2.3 Ulike tilnærminger til afasi

Etter hvert som ulike fagprofesjoner befattet seg med afasi utvidet begrepsapparatet seg, en fikk større kunnskap, erkjennelse og forståelse for hva afasi er, skadeomfang og hvilke konsekvenser afasi kan få for et menneske også sett i et sosialt, økonomisk og samfunnsmessig perspektiv (Reinvang, 1994). Hallowell & Chapey (2008) hevder at for at en logoped skal kunne utvikle sitt eget teoretiske ståsted, må en ha innsikt i og kunnskap om de ulike teoretiske rammeverk som har vært og er aktuelle i dag. Det er dette som er basisen for den logopediske praksis.

Afasi kan som sagt defineres på forskjellig vis. Hva som blir vektlagt preger tilnærmingen og undervisningen. Jeg definerer alle tiltak som kan bli kalt behandling eller terapi for undervisning i min oppgave, dette med utgangspunkt i at vedtak og tiltak i forhold til afasi blir fattet ut i fra Opplæringslova fra 2009 (Stette, 2010). Tross ulike syn på hvordan en skal definere afasi og ulikt fokus i undervisningen, er det likevel enighet (Qvenild et al., 2010) om at afasi er en ervervet språk- og kommunikasjonsvanske som følge av en skade i hjernen. Jeg vil her kort skissere noen retninger innenfor afasifeltet. Jeg gir ingen uttømmende beskrivelse av de forskjellige tilnærmingene. Faglitteraturen beskriver og omtaler tilnærmingene noe ulikt og vurderer dermed verdien av de ulike tilnærmingene forskjellig ut fra hvilket ståsted forfatter/redaktør har. Tre tilnærminger blir omtalt. Den siste blir vektlagt og danner det teoretiske bakteppet for min forståelse av afasi og tilnærming i undervisning, og er en del av det teoretiske grunnlaget for drøftingen.

2.3.1 Bostonskolen eller nevropsykologisk tilnærming

Bostonskolen har vært en dominerende retning innenfor afasifeltet. Norsk grunntest for afasi (NGA) (Reinvang & Engvik, 1980) er en forkortet, oversatt og standardisert utgave av den amerikanske utgaven fra Bostonskolen. Denne retningen fokuserer sterkt på skadelokalisasjon i hjernen og ulike afasityper. Afasisymptomene hos den afasirammede kartlegges og klassifiseres deretter i afasitype. De kartlagte, spesifikke språkproblemene avgjør hvilke

språkmodaliteter undervisningen skal rettes mot (Howard & Hatfield, 1987; Hallowell & Chapey, 2008).

I dag er ikke den sterke koblingen mellom skadested og afasitype like fremhevet. Det kan være glidende overganger mellom de ulike afasitypene, symptomene kan forandre seg over tid og de arter seg forskjellig fra person til person (Qvenild et al., 2010).

2.3.2 Kognitiv nevropsykologisk tilnærming

I denne tilnærming er en opptatt av språkprosessering og ikke av skadelokalisering i hjernen. Språket prosesseres via moduler, og riktig prosessering avhenger av at de ulike modulene og forbindelsene mellom dem fungerer. En prøver å finne hvilke kognitive prosesser som er forstyrret eller som svikter og hvilke som er bevarte, hvor i språkprosesseringen skaden er. Ut i fra denne informasjonen arbeides det spesifikt og målrettet med problemområdene (Howard & Hatfield, 1987; Edmundson & McIntosh, 1995; Hillis & Newhart, 2008). Målet er å gjenopprette eller kompensere for skader i språkprosesseringen ved å bruke intakte språkmoduler for å omdirigere prosesser forbi de skadede modulene, en type bypass tankegang (Edmundson & McIntosh, 1995; Wertz, 2000).

Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede (PALPA, 2009), Verb- og setningstesten (VOST, 2006) og Pyramide- og palmetesten (PyPat, 2005) er viktige bidrag innenfor denne retningen (Qvenild et al., 2010).

2.3.3 Sosial tilnærming

I de to tidligere nevnte tilnærmingene har hovedfokuset vært på vanskene innenfor de kognitive og lingvistiske prosessene. Representanter for retningene vil hevde at det også innenfor disse har vært øye for å se mma i en kontekst og ikke bare å fokusere på språkskaden (Whitworth, Webster & Howard, 2005).

Filosofien og prinsippene bak denne siste tilnærmingen har av flere blitt omtalt som et paradigmeskifte innenfor afasifeltet (Worall, 2000; Sarno, 1993b, ref. i Simmons-Mackie, 2008). Begrepene psykososial og sosial tilnærming er begge begreper som blir brukt om denne tilnærmingen, jeg har valgt å bruke begrepet sosial tilnærming siden det er dette en oftest finner brukt i internasjonal litteratur.

Byng og Duchan (2005) presiserer i en artikkel i "Aphasiology" at en må skille mellom filosofien og prinsippene i den sosiale modellen, og at dette er ikke en ny tilnærming, en ny afasiterapi eller teknikk, men et filosofisk rammeverk som kan integreres sammen med ulike tilnærminger. I den siste utgaven av *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (2008), påpeker Simmons-Mackie (2008) også denne distinksjonen mellom modell og tilnærming. Denne tankegangen kan det virke som om det har vært noe uenighet om, eller i hvert fall noe uklarhet om i faglitteraturen. Noen steder i litteraturen blir den også omtalt som funksjonell og pragmatisk tilnærming. Det er ulike synspunkter på hvordan en bør klassifisere de ulike begrepene. Enkelte hevder det er tre ulike tilnærminger og samtidig kan en finne eksempler på at begrepene blir brukt om hverandre (Worall, 1995; Worall, 2000; Byng & Duchan, 2005,). Dette blir ikke drøftet eller tatt stilling til her.

I den sosiale tilnærmingen blir afasi sett på som en kronisk skade som får livsvarige konsekvenser ikke bare i forhold til språk og kommunikasjon, men som påvirker den afasirammedes daglige liv, og som et MMA må lære seg å leve med og med best mulig livskvalitet (Byng & Duchan, 2004; Simmons-Mackie, 2008). "Thus, aphasia is an impairment due to brain damage in the formulation and reception of language, often associated with diminished participation in life events and reduced fulfillment of desired social roles." (Simmons-Mackie, 2008, s. 292). Simmons-Mackie refererer til Goodwin (1995) som hevder at "(...) aphasia is more than a lesion within the skull; aphasia is also located outside of the person in dynamic relationships with others and in the social community." (Simmons-Mackie, 2008, s. 291).

Hensikten og målet til denne tilnærmingen er å redusere de sosiale konsekvensene forårsaket av afasi, øke deltakelsen i det sosiale liv, redusere barrierene til deltakelse, kunne leve et tilfredsstillende liv med afasi, øke MMA sin livskvalitet (Wertz, 2000; Simmons-Mackie, 2008). "The goal of a social approach is to promote membership in a communicating society and participation in personally relevant activities for those affected by aphasia." (Simmons-Mackie, 2008, s. 290).

Her er MMA "eksperten", den som har erfaring med og innsikt i hva det vil si å leve med afasi, som skal ha muligheten til å ta sine personlige valg, og hvor det skal fremheves autonomi og empowerment hos den afasirammede. En ønsker å oppnå en forbedret/styrket kommunikasjonsevne som kan opprettholde kontakt, gi selvtillit og et positivt selvbilde.

Språkvanskene medfører store forandringer og komplikasjoner i den afasirammedes liv og for menneskene som skal kommunisere med dem. De psykososiale aspektene er viktige for et menneskes livskvalitet. Derfor er fokus på kommunikasjon, sosialt samspill og deltakelse i sosialt og samfunnsmessig fellesskap viktige anliggende for denne tilnærmingen. Et annet vesentlig moment er også ansvaret menneskene rundt den afasirammede har for at det legges til rette for reel kommunikasjon og deltakelse (Parr, Duchan & Pound, 2003; Byng & Duchan, 2005; Simmons-Mackie, 2008).

The social model philosophy makes clear that speech therapists are there to provide the service and resources needed by people learning to live with aphasia, by offering a variety of ways to address the impairment, and identity and lifestyle changes experienced by people with aphasia. (Byng & Duchan, 2005, s. 919).

"Social models have arisen in an effort to shift the emphasis away from treating the illness to promoting health. (...). In a social model, clients take an active, participatory role in their own health-care decisions." (Simmons-Mackie, 2008, s. 291).

Det at denne tilnærmingen karakteriseres som et paradigmeskifte, er ikke bare pga. den holistiske og klientsentrerte innfallsvinkelen, men dette er også fordi logopedens rolle blir en annen. Fra å være "eksperten" blir logopeden en samarbeidspartner som innehar kunnskap og erfaring som skal bistå dem og involverte parter.

"Life Participation Approach to Aphasia" (LPAA) er et tilskudd innenfor den sosiale tilnærmingen som fokuserer på "re-engagement into everyday society" hvor dem og de pårørendes behov og mål står i sentrum (Chapey et al., 2008, s.280). "Life Participation Approach to Aphasia" (LPAA) is a consumer-driven service delivery approach that supports individuals with aphasia and others affected by it in achieving their immediate and long term life goals (...)." (Chapey et al., 2008, s. 279). Dette er en generell filosofi og tilnærming som har et videre perspektiv på afasi og som ønsker å sette fokus på praksis og se nærmere på hvilke konsekvenser afasi kan få. Dette er en deltaker-sentrert filosofi hvor; "It empowers the consumer to select and participate in the recovery process and to collaborate on the design of interventions that aim for a more rapid return to active life." (Chapey et al., s. 279). LPAA har som formål å tydeliggjøre dem og deres pårørende sine behov og rettigheter. Tiltakene vil være relatert til disse, hvordan en kan minimalisere konsekvensene av afasien og igjen kunne

delta i hverdagslivets aktiviteter. Som WHO (2003) fokuserer også LPAA på å optimere livskvalitet og deltakelse i det sosiale liv. LPAA har fem kjerneverdier:

1. The explicit goal is enhancement of life participation. 2. All those affected by aphasia are entitled to service. 3. The measures of success include documented life-enhancement changes. 4. Both personal and environmental factors are targets of intervention. 5. Emphasis is on the availability of services as needed at all stages of aphasia. (Chapey et al., 2008, s. 281).

Aura Kagan som er en representant for LPAA, har vært med å utarbeide et kommunikasjonsmateriell og en -metodikk som er oversatt til norsk og samlet i Illustrert Kommunikasjonsmateriell (IKM-permen, 2003). Dette inngår som et ressursmateriell i en metode som kalles "Støttet samtale for voksne med afasi" (SSA). Afasien maskerer eller skjuler ofte deltakers kompetanse, men ved å bruke denne metoden kan mma få vist sin kompetanse. Samtidig ansvarliggjøres samtalepartneren til å støtte mma slik at dets personlighet, vilje og kunnskap kommer for dagen (Corneliussen, Haaland-Johansen, Knoph, Lind & Qvenild, 2006). Tanken er at samtalepartner skal få større kunnskaper og ferdigheter til å kommunisere med mma.

2.4 Hvorfor afasirehabilitering?

"Improving quality of life is the ultimate goal of rehabilitation," hevder Worall & Holland, (2003, s. 329). WHO (1998, ref. i Berg & Haaland-Johansen, 2009, s. 2) definerer livskvalitet som: "Enkeltmenneskers oppfatning av sin posisjon i livet innenfor den kultur og det verdisystem de lever i, i forhold til sine mål og forventninger, hvordan de ønsker livet skal være, og hva de er opptatt av." Dette blir ofte oppfattet som et implisitt mål i rehabiliteringen, men Worall & Holland (2003) mener at en bedret livskvalitet er det totale utbytte en bør se på. Livskvalitet trenger ikke ha en direkte sammenheng med evnen og muligheten til å kommunisere, det er mange andre faktorer som også spiller inn (Cruice, Worall, Hickson & Murison, 2003). Likevel kan en generelt si at en bedret livskvalitet er et mål for afasirehabiliteringen uten å gå nærmere inn i diskusjonen om begrepet livskvalitet.

2.4.1 Rehabilitering og rettigheter

"Erfaringsmessig er det meget sjelden at man kan oppnå en fullstendig tilbakeføring til en tidligere situasjon, og termen "rehabilitering" brukes derfor i praksis om "å føre personen fram til et optimalt liv" innenfor de forutsetninger som foreligger." (Tangerud, 2001, s. 506).

"Den som rammes av afasi som følge av en skade i hjernen, trenger språklig, fysisk, psykisk og sosial rehabilitering." (Qvenild et al., 2010, s. 34). "An important goal of rehabilitation is to help individuals regain function in order to participate in life as fully as possible." (Elman, 2005, s. 39). De to siste sitatene er uttrykk for et holistisk syn på rehabilitering, der en ser afasiproblematikken i et helhetsperspektiv hvor de ulike elementene har sammenheng og ikke kan isoleres fra hverandre.

De fleste som rammes av afasi er voksne mennesker. Det etablerte språket og kommunikasjonsveien blir forstyrret i mindre eller større grad (Hallowell & Chapey, 2008). Sett i lys av en sosial modell, kan afasi få store ringvirkninger for et mma og dets pårørende. Det er først og fremst en personlig vinning for mma, men det er også en sosial og samfunnsmessig gevinst å drive afasirehabilitering. De fleste mma trenger noe eller mye oppfølging over kortere eller lengre tid. Alle trenger et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet rehabiliteringstilbud. For mange vil afasien forbli en kronisk vanske, og noen vil derfor trenge et undervisningstilbud og gjerne et tverrfaglig, som strekker seg over tid. Det er stort sett konsensus for at rask igangsetting av tiltak er viktig, undervisningens form, innhold, intensitet og varighet kan det derimot være faglig uenighet om. Kommuneøkonomi kan være avgjørende for tilbudets omfang og varighet for mma i Norge. Afasi rammer ikke bare det enkelte mennesket, men også personene som omgås det. Derfor må afasirehabiliteringen omfatte og involvere familie/pårørende og nærpersoener. Det trengs informasjon, veiledning og evt. opplæring. Den kan variere på grunnlag av afasiens vanskegrad og ut fra de ulike fasene i rehabiliteringen. (Lyon & Shadden, 2001; Simmons-Mackie, 2008; Qvenild et al., 2010).

Med utgangspunkt i ulike tilnærminger til afasi, vil rehabilitering kunne arte seg noe forskjellig avhengig av tilnærming. Likevel vil antagelig det overordnede målet være likt. Qvenild et al. (2010) refererer til Whitworth m.fl. (2005) der han sier noe om dette:

(...) the aim of all therapies with people with aphasia is to improve their functioning in the real, social world, to enable them to cope with barriers to participation and

fulfillment. (...). There is no contradiction between functional, social aims and therapy directed at reducing impairments. (s. 32).

Det har opp gjennom årene vært forsket på afasiundervisningens effekt. Det er ikke bare entydige resultater som er fremlagt. De ulike forskningsprosjektene som det refereres til i Bhogal, Teasell & Speechley (2003) og Worall (2006), har bl.a. hatt mange ulike hensikter og variabler, og er derfor heller ikke alltid like lett sammenlignbare. Likevel er det enighet om at afasiundervisning har dokumentert effekt, som en kan lese om i Frattali, 1998; Bhogal et al., 2003; Corneliussen, 2005; Worral, 2006; Cherney & Robey, 2008.

I følge Opplæringslova og forskrifter (2010) § 4A-2 har "Vaksne som har særlege behov for opplæring for å kunne utvikle eller halde ved like grunnleggjande dugleik rett til slik opplæring" (s. 101)(dvs. spesialundervisning på grunnskolens område). I Merknader frå Ot.prp. nr.44 (1999-2000) sies det at voksne som pga. sykdom, skade eller ulykke (i denne sammenheng oftest hjerneslag) har rett på undervisning som kan bidra til å relære "grunnleggjande kommunikasjonsdugleik og grunnleggjande lese- og skrivedugleik" (Opplæringslova og forskrifter, 2010, s. 102). Kommunene er pliktig til å gi et slikt undervisningstilbud, i dette tilfellet afasiundervisning til dem som trenger det etter loven. Hvis kommunen ikke har et egnet tilbud, har mma rett til et privat tilbud.

Helsedirektoratet (2010) har også lagt klare føringer for hvilke tilbud en slagrammet med afasi bør få: "Pasienter med afasi bør få logopediske tiltak raskt og i tilstrekkelig mengde og hyppighet. Den afasirammede og de pårørende bør få opplæring, hjelp og støtte rettet mot det å mestre en tilværelse med språk- og kommunikasjonsvansker."(Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, 2010).

For et mma er det "å ta tilbake språket" selvsagt viktig ut ifra en individuell synsvinkel, men det er også vesentlig ut ifra en samfunnsmessig synsvinkel. Ved å få afasiundervisning, hjelp til relæring av språket, kan den bidra til endring av eget selvbilde og følelse av egenverd. Styrket kommunikasjonsevne og identitet får ringvirkninger i forholdet til familie og venner, den sosiale omgang, og kan gi mulighet for fortsatt engasjement i arbeids- og samfunnsliv. Dette er konsekvenser som kan få avgjørende betydning for den enkelte (Lyon, 1998; Simmons-Mackie, 2008).

Jeg vil til slutt her sitere Lyth (1992, ref. i Tangerud, 2001) og Tangerud (2001):

Betegnelsen "rehabilitering" blir lite meningsbærende hvis den ikke dekker noe som er felles på tvers av profesjons- og etatsgrenser. To karakteristika kan fremheves. Det ene er "tverrfaglig teamarbeid", som kan dekke alt fra at ulike profesjoner gjør hver sin separate del av arbeidet, til et meget tett samarbeid hvor profesjongrensene etter hvert viskes ut (Lyth, 1992). (...). Det andre fellestrekket ved all rehabilitering er "individualisering". (...). Vekten skal ligge på den enkeltes sterke og svake sider og fremfor alt den enkeltes interesser og ønsker. (Tangerud, 2001, s. 507).

2.5 Afasiundervisningen – hvem er logopedene og hvordan kan den i teorien være?

Utslagene av afasi arter seg forskjellig fra person til person. Afasiundervisningen kan også kanskje oppleves som forskjellig fra logoped til logoped. Det har sammenheng med logopedens teoretisk ståsted, tilnærming til praksis, personlighet, kompetanse m.m. Likevel vil det være en basis, noe grunnleggende som er felles for alle som arbeider med mma.

2.5.1 Hvem er logopedene?

Før var ofte logopeder tidligere lærere med bakgrunn fra skoleverket. Etter hvert har ulike student- og yrkesgrupper fått innpass på logopedistudiet med og uten yrkeserfaring. Dette i seg selv gjør at i dagens "logoped-stall" er det logopeder med et svært ulikt erfaringsgrunnlag og en ulik referanseramme. Det kan igjen kanskje føre til en noe forskjellig oppfatning av hva afasi er (hvordan en definerer afasi) og dermed undervisningstilnærming og utøvelse av yrket. Uansett tidligere kompetanse og erfaring har alle logopeder en utdannelse som gjør dem faglig kompetent til å kunne undervise bl.a. mma.

En logoped skal ikke bare kunne sitt logopediske "håndverk", det er både viktig og nødvendig å ha kunnskaper og ferdigheter også innenfor veiledning. Veiledningslitteraturen framhever grunnleggende holdninger som; respekt, ubetinget positiv aktelse, ydmykhet, ekthet, kongruens, empati og dempet entusiasme (Lauvås & Handal, 2000; Lassen, 2002). I arbeid med mennesker og veiledning er kommunikasjon og relasjon essensielt, derfor er også kommunikasjonsferdigheter viktig og avgjørende for en logoped (Røkenes & Hanssen, 2002). Innenfor veiledningsfeltet er det også ulike teorier og tilnærminger. En del veiledere vil nok

kanskje betegne sin tilnærming som en eklektisk variant, en sammensatt tilnærming av ulike retninger.

Hvordan en logoped definerer afasi vil få konsekvenser for hvordan logopeden tilnærmer seg afasiproblematikken i praksis (Hallowell & Chapey, 2008). Om en ser på afasi som kun en språkskade (kognitivt og lingvistisk) eller vurderer den som en språk- og kommunikasjonsskade som berører alle livets sider for et mma, vil det påvirke tilnærmingen. Logopedens verdigrunnlag vil også påvirke og lede til valg av tilnærming både i forhold til afasiproblematikken og veiledningsfeltet.

I den logopediske hverdag opplever og erfarer logopeder at afasi kan få store konsekvenser for den som rammes av afasi, konsekvenser langt utover de språklige. I tillegg er også både faglitteratur og til dels samfunn i dag mer opptatt av og oppmerksom på afasiens ringvirkninger for den enkelte, for pårørende og samfunnet. Derfor har nok også de fleste logopeder i dag et mer helhetlig og nyansert syn på både på afasi, tilnærming og undervisning. Dette er tanker som underbygges både av WHO (2003) og Helsedirektoratet (2010).

Mennesker med afasi er ingen homogen gruppe verken når det gjelder afasisymptomer, språk- og kommunikasjonsvansker, helsesituasjon (fysisk og psykisk), kognitiv kapasitet, livssituasjon, personlighet, interesser, motivasjon, ønsker eller mål. Dette får konsekvenser for hvordan undervisningen vil arte seg. Derfor vil en logoped ha mange og nokså forskjellige undervisningsvarianter både i forhold til tilnærming, innhold, materiell og metodikk. I følge Opplæringslova (Stette, 2010) er vi som spesialpedagoger/logopeder forpliktet til å gi en tilpasset opplæring, dvs. en "skreddersydd" undervisning, et individuelt tilpasset, helhetlig og målrettet tilbud til den enkelte (Johannessen et al., 2010).

2.5.2 Hvordan kan afasiundervisningen i teorien være?

(...) it is very difficult to know what aphasia therapy is (...). What occurs under the heading of aphasia rehabilitation in one place may have nothing in common with what occurs in a different place except for the fact that a speech therapist and a patient interact with each other. (Basso, 1989, ref. i Byng, 1995, s.3).

Det er riktig nok noen år siden dette ble uttalt, og Byng var bekymret over om disse uttalelsene var et generelt uttrykk for logopedstandens "tilstand"! Byng hevdet at mange logopeder arbeidet etter en implisitt kunnskap om terapiprosessen eller afasiundervisningen, en "klinisk intuisjon", etter en slags autopilot og erfaring, og hun etterlyste en eksplisitt kunnskap om prosessen (Holland & Forbes, 1993; Byng, 1995; Patterson & Chapey, 2008). Tross utdannelse, kunnskap og erfaring, så kjenner kanskje logopeder seg noe igjen i disse beskrivelsene? Kan dette litt fortegnede bildet som Byng gir, ha et snev av realitet i seg i dag også?

Som jeg har skrevet tidligere, er det flere ulike tilnærminger til afasiundervisning. Hva hver enkelt logoped velger som teorigrunnlag/modell for sin praksis vil være forskjellig avhengig av flere faktorer. Uansett valg av afasitilnærming, er det noen grunnleggende spesialpedagogiske elementer vi bør jobbe etter. Disse elementene bygger på å se hvert enkelt individ i dets kontekst, finne ut hva dets behov er, være problem- og ressursorientert og prøve å forebygge og redusere omfanget av problemet/vansken. Den spesialpedagogiske praksis kjennetegnes av mangfold og fleksibilitet (Ogden & Rygvold, 2008). Så selv om det er ulike afasitilnærminger, kan en likevel på et vis sette opp et minste felles multiplum som de fleste dagens logopeder kan enes om. Den sosiale tilnærmingen er framtrædende i dag, og kan bli kombinert med andre tilnærminger. Det følgende er på ingen måte en fullstendig eller objektiv skisse av hvordan afasiundervisning skal være, men et lite og generelt bakteppe for min forskning og drøfting av data.

Det er viktig å kartlegge og beskrive omfanget og arten av språk- og kommunikasjonsskaden. Dette gjør en for å kunne utarbeide et individuelt og målrettet undervisningsopplegg. Å kartlegge dette kan en bl.a. gjøre ved å bruke ulike tester, screeningsmaterieill, samtaler og oppgaver, både uformelle og mer strukturerte med mma, pårørende og evt. noen fra støtteapparatet rundt mma. Enkelte logopeder bruker også lyd- og bildeopptak i dette arbeidet. En vurderer funksjonsnivået og mma sine vansker og styrker i alle modaliteter. Dette kartleggingsmateriellet brukes senere til å vurdere framgang, bedring og til dokumentasjon, både i forhold til mma og som faglig begrunnelse i forhold til vedtak/videre tilbud. I tidlig fase kan forandringene inntre fort pga. spontanbedring. Gjennom hele undervisningsløpet vil logopeden drive en diagnostiserende undervisning. En slik kartlegging forteller ikke den hele "sannheten" om afasien. Det er mange variabler som ikke blir målt, og et mma kan fungere på en helt annen måte språklig og kommunikativt utenfor logopedkontoret (Simmons-Mackie,

2008). En må også hele tiden spørre seg *hva* en kartlegger ved bruk av ulike tester og *hvorfor*, og til hvilket bruk? (Frattali, 1998; Hewitt & Byng, 2003; Corneliussen, 2005; Lind & Haaland-Johansen, 2010).

"How is what I have done today going to make a real difference to the patient and his or her communication partners?" (Frattali, 1998, s. ix).

"Knowing what is wrong does not in any simple way determine what to do about it." (Holland & Forbes, 1993, s.124). Hewitt & Byng (2003) sier at selv om språk- og kommunikasjonsvansken er kartlagt, så er det mye som gjenstår. "That helped - but didn't tell me *why* they had difficulty. Or what to do. Or what was really "wrong" in the big picture of their lives." (s. 58).

Det eksisterer ingen fullstendig oppskrift eller rett mal for hvordan afasiundervisning skal arte seg. Hvordan den vil ta form er som sagt avhengig av mange faktorer. Byng (1993)(ref. i Byng, 1995; ref. i Corneliussen, 2005) har satt opp følgende punkter som retningsgivende i en logopeds arbeid med mma (delvis egen oversettelse):

- undersøke hvordan språket var før skaden
- tilrettelegge kommunikasjon, lette tilpasning til endrede kommunikasjonsferdigheter
- kartlegge og beskrive språkskaden og hvordan den påvirker hele språkssystemet
- forsøke å redusere selve språksvikten
- øke bruken av all mulig alternativ kommunikasjon for å støtte, lette og kompensere for det skadede språket
- øke bruken av det bevarte/intakte språket, utnytte restspråkevnen
- gi muligheter for å bruke språk- og kommunikasjonsferdigheter i reelle settinger, ikke bare på logopedkontoret
- forsøke å veilede og støtte pårørende til å endre sin kommunikasjon tilpasset den afasirammede

Pound, Parr, Lindsay & Woolf (2000) refererer til Byng et al. (in press) sine seks mål (egen oversettelse) for afasiundervisningen, som er vevd inn i og påvirker hverandre: 1. økt/forbedret kommunikasjon, 2. identifisere og bryte ned barrierer for sosial deltakelse, 3. tilpasse seg en ny identitet med afasi, 4. fremme psykologisk helse, 5. fremme autonomi og valgmulighet, 6. fremme helse og forebygge sykdom.

Å arbeide med afasi er ganske uforutsigbart. Likevel er det ønsker og intensjoner om å oppnå bedring. Derfor er det nødvendig og konstruktivt å sette opp mål for undervisningen. Det er informativt for den det gjelder og dens pårørende både i forhold til prosess og evaluering, men det er også veiledende og dokumenterende for logopedens arbeid. Jeg vil omtale målsetting noe mer i underavsnitt 2.5.3. Mange logopeder som jobber i kommunal sektor vil være kjent med å lage individuell opplæringsplan (IOP). Denne skal utformes i samarbeid med deltakeren. Dette er en plan som skisserer hvilke mål en har for undervisningen, ønsket mestring, den sier noe om innhold og hvilke metoder som vil bli brukt i undervisningen, og den har et tidsperspektiv for evaluering (Nilsen, 2001; Dalen & Ogden, 2008; Johannessen et al., 2010). Deltakerens engasjement og involvering i utarbeidelsen av planen vil være noe avhengig av i hvilken fase mma er og påvirkes av fysisk og psykisk tilstand, evne og mulighet til formidling, interesse og motivasjon. Noen deltakere kan ha klare ønsker og mål/delmål for afasiundervisningen. Oftest blir mål, det kan være seg kortsiktige og langsiktige mål, og plan satt etter samtale og vurderinger mellom deltaker og logoped. Logoped har fagkunnskap og erfaring og kan i samtalen bidra til refleksjon og motivasjon hos deltaker. Der det ikke arbeides etter en IOP, vil det nok være en noe ulik praksis blant logopeder med tanke på å sette mål eller utarbeide en plan. Noen vil her direkte involvere deltakeren, mens andre vurderer dette stort sett utfra egen faglig bakgrunn og vurdering (Qvenild, 2010, se underavsnitt 2.5.3). Dette vil også kunne gjelde for hvilke type oppgaver, materiell, metode og setting – undervisningens innhold og ramme.

I alt spesialpedagogisk arbeid, her logopedisk arbeid, vil en ha fokus på individet, se på det spesifikke og helheten (Skogen, 2001; Corneliussen, 2005; Ogden & Rygvold, 2008). Undervisningens innhold og ramme defineres av det enkelte mma sine språklige og kommunikative behov og evt. ønsker. Tradisjonelt har afasiundervisningen foregått en-til-en, altså individuell undervisning, men det er mer og mer vanlig at det nå gis både individuelle tilbud og/eller gruppeundervisning.

Det kan av og til være behov for veiledning og bruk av alternative og supplerende kommunikasjons hjelpemidler.

2.5.3 Afasiundervisning med utgangspunkt i en sosial tilnærming.

The social model philosophy makes clear that speech therapists are there to provide the service and resources needed by people learning to live with aphasia, by offering a

variety of ways to address the impairment, and identity and lifestyle changes experienced by people with aphasia. (Byng & Duchan, 2005, s. 919).

Jeg vil referere de grunnleggende prinsippene i den sosiale tilnærmingen, men kommer ikke til å gi en nærmere beskrivelse av dem enkeltvis. Noen av prinsippene vil bli eksplisitt anvendt i drøftingen. Jeg mener likevel det er nyttig og relevant for oppgaven og leser å ha denne bakgrunnsinformasjonen for tilnærmingen.

1. address both information exchange and social needs as dual goals of communication
2. address communication within authentic, relevant, and natural contexts
3. view communication as dynamic, flexible, and multidimensional
4. focus on the collaborative nature of communication
5. focus on natural interaction, particularly conversation
6. focus on personal and social consequence of aphasia
7. focus on adaptations to impairments
8. embrace the perspective of those affected by aphasia
9. encourage qualitative as well as quantitative measures. (Simmons-Mackie, 2008, s. 292).

Menneskets evne og mulighet til å kommunisere er essensiell. "(...) communication is more than putting words together to get an idea across. Rather, communication is part of the foundation of social structure and human dignity." (Simmons-Mackie, 2008, s.311).

Språket er menneskets viktigste kommunikasjonsverktøy som gir uttrykk for dets identitet, hvem det er og hvilken kompetanse det har, og språket benyttes for å uttrykke følelser, tanker og behov, og det er fundamentalt i sameksistens med andre mennesker. "Communication is designed to meet two primary goals: the exchange of information (transaction) and fulfillment of social needs (interaction)." (Simmons, 1993; Simmons-Mackie & Damico, 1995, ref. i Simmons-Mackie, 2008, s. 293).

Når språket skades i mindre eller større grad, får det konsekvenser for den det gjelder individuelt og psykososialt, og for menneskene rundt.

The need for socialization is the core of human existence, and the ability to communicate with others is the essence of that socialization. (...). Insofar as persons with aphasia are impaired in their ability to use language, they are impaired in their human essence. (Hallowell & Chapey, 2008, s. 14).

I denne tilnærmingen presiseres det viktigheten av å ha et helhetlig syn på afasiens konsekvenser og dermed la undervisningstilbudet tilpasses etter det. Det er ikke bare språk og kommunikasjon som påvirkes av afasi, men får ofte en "pakke" med psykososiale faktorer,

sosiale konsekvenser å forholde seg til i tillegg. "When communication fails, ones ability to exchange messages is reduced, but perhaps more importantly, ones participation as a member of a social group is often compromised." (Simmons-Mackie, 2000, s. 164).

Målet er å redusere de sosiale konsekvensene av afasi, styrke kommunikasjonen og bryte ned barrierene i forhold til deltakelse og kommunikasjon i hverdagsliv og samfunnsliv.

(Simmons-Mackie, 2000; Simmons-Mackie, 2008). "The expected outcome of a social approach is to make a difference in the individual's quality of life, to make living with aphasia more satisfying, and to decrease social isolation." (Simmons-Mackie, 2000, s. 163).

Innenfor en sosial og holistisk tilnærming, vil det være naturlig å se utover de språklige evnene og ferdighetene til et mma. Tidligere har det ikke vært tradisjon for å kartlegge psykososiale faktorer i afasiundervisningen, selv om logopeder er godt kjent med hvilke konsekvenser afasi kan få for mma (Simmons-Mackie, 2008). Dette er i dag betydelig vanligere i andre land enn i Norge. Logopeder forholder seg nok i ulik grad til denne problematikken av både faglige og personlige årsaker. Det finnes verktøy (VASAS og SALK-39) en kan bruke i samtale med mma om psykososiale temaer og livskvalitet, og til bruk i kartlegging (Lind & Haaland-Johansen, 2010).

I den sosiale tilnærmingen får mma en annen rolle enn tidligere; det innehar rollen som eksperten på problemet. Det er en annen og tydeligere deltakersentrering sammenlignet med tidligere og andre tilnærminger, mma sine ønsker og behov skal bli hørt (Simmons-Mackie, 2000; Hewitt & Byng, 2003; Byng & Dunchan, 2005). "In a social model, clients take an active, participatory role in their own health-care decisions." (Simmons-Mackie, 2008, s. 291). Dette gir også et uttrykk for at tilnærmingen har en vektforskyvning fra å behandle sykdom og skade til helsepromotering; til en akseptering og tilpasning av afasien og en styrking og dyktiggjøring i den nye livssituasjonen (Simmons-Mackie, 2000; Simmons-Mackie, 2008).

Når mma ses på som "eksperten" og en samarbeidspartner i afasiundervisningen, blir det logisk og nødvendig å la hans/hennes stemme bli hørt og lyttet til (Parr, Duchan & Pound, 2003; Kagan & Duchan, 2004). "(...) I am trying to combine my knowledge and skills with those of people with aphasia, which are of equal value, to find constructive ways of working together, making decisions and moving forwards." (Hewitt & Byng, 2003, s. 60).

"Of course, clinicians ask their patients what they want from therapy. Or do they?" (Worall, 1995, s. 47).

Worall (2006) sier i en artikkel i "Journal of Communication Disorders" at "A foundation principle of professionalism is listening carefully to clients' needs". Hun hevder at "(...) speech-language pathologists are not truly listening and responding to their clients' needs. This leads to a mismatch between the therapists' and the clients' goals in therapy". (s. 320).

I en målsettingsprosess er det viktig for logopeden å vurdere om det er deltakersentrerte mål eller logopedens mål som blir formulert og satt (Pound et al., 2000). Forskning viser at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom logopedens og klientens mål (Simmons-Mackie & Damico (1999), ref. i Worall, 2006; Kagan & Duchan, 2004, ref. i Worall, 2006,). Kanskje er logopedens fokus for mye på selve språkskaden slik at helhetsperspektivet kommer i skyggen. Både Worrall og Davidson (2000, ref. i Worrall, 2006) og Kagan og Duchan (2004, ref. i Worall, 2006) konkluderer ut fra undersøkelser at afasirammede ikke bare har mål om et forbedret språk, men om større aktivitet og deltakelse i det sosiale liv. Dette er i tråd med ICF sine målsettinger.

I et forskningsprosjekt i Australia utført av Worrall et al. Worall, Davidson, Hersh, Ferguson, Howe, & Sherratt (2006-2008), viser de til flere studier, bl.a., Byng et al., 2002; Parry, 2004 og Hersh, 2003 og 2004, der deltakere ikke eller i liten grad er delaktige i å sette mål for egen undervisning. Dette prosjektet hadde som hensikt/mål å undersøke hvilke forventninger mma, dets familie og logopeden hadde av afasirehabiliteringen, hvilke mål de ulike parter hadde. De tre gruppene hadde noe ulike mål og uttrykte noe forskjellige behov. Undersøkelsen identifiserte flere udekkede behovsområder hos mma og deres pårørende. Mangelen på informasjon om slag og afasi gjennom hele prosessen var framtrædende. Mma følte seg isolerte og ønsket å bli en del av felleskapet igjen. Ektefellene ønsket å bli mer involvert i undervisningsopplegget eller terapien.

Delaktighet og involvering av mma og gjerne pårørende i målsettingsprosessen kan få avgjørende betydning for både motivasjonen for og utbyttet av undervisningen/tiltaket. Dette gjelder også for utarbeidelse av en undervisningsplan, valg av innhold og metode og evaluering gjennom hele rehabiliteringsfasen. (Lyon & Shadden, 2001; Byng & Dunchan, 2005; Corneliussen, 2005; Worrall, 2006; Lind & Haaland-Johansen, 2010; Qvenild et al., 2010). "Som en kompetent voksen person bør den afasirammede involveres i sin egen

undervisning eller behandling, for eksempel ved at du diskuterer mål og metoder for arbeidet med ham eller henne." (Lind & Haaland-Johansen, 2010, s. 45).

Som ICT (2003) også er et uttrykk for, presiserer den sosiale tilnærmingen at problemet er ikke kun relatert til mma, men oppstår i mma sin interaksjon med den sosiale og fysiske omverden. Kommunikasjon er et felles "foretak", et felles ansvar. Familie/pårørende og nærpersoener blir vektlagt i denne tilnærmingen. Disse er en viktig faktor i afasiproblematikken og som har vært noe oversett tidligere (Lyon, 2004; Worrall, Davidson, Hersh, Ferguson, Howe & Sherratt (2006-2008) Worrall; Lubinski, 2008).

It is imperative that our profession understands the need of the people we are to serve. This not only includes the needs of people with aphasia, but also those of the people who have been affected by having a family member with aphasia. It is only then that appropriate services can be envisioned. (Worrall, 2006, s. 324).

Den sosiale tilnærmingen har et spesielt fokus på hva kommunikasjon er og på hvor, hvordan og hvorfor en kommuniserer. Dermed blir det bl.a. ikke likegyldig hvilke ordforråd eller spesielle språkferdigheter som den enkelte øver på, om det er i en realistisk og aktuell setting en trener kommunikasjon i og samtalens sentrale plass i undervisningen. Alt gjøres med det for øye at det skal hjelpe mma i dets hverdag og virkelighet og forbedre dets livskvalitet. "The overall objective of speech-language pathology service is to optimize individuals' ability to communicate (...) in natural environments, and thus improve their quality of life." (American Speech-Language-Hearing Association, 2001, ref. i Elman, 2005, s. 39).

"Of course, clinicians want their therapy to have impact on their patient's everyday communication. But does it?" (Worrall, 1995, s. 47).

The ultimate goal of the speech-language pathologist is not on increasing language skills in the therapy room, but on bridging language skills and adaptations into the real-life needs of the person with aphasia (Elman, 2004). (...). The ultimate treatment focus is determined by the needs and potentialities of each individual. (Elman, 1995, ref. i Elman, 2005, s. 43)

Skal afasiundervisningen ha effekt og ringvirkninger utover selve timene, er det viktig og nødvendig å "spille på lag" og la mma være delaktig og involvert i avgjørelser angående deres egen undervisning, i den grad det lar seg gjøre. Det er pedagogisk riktig å ta utgangspunkt i

mma sine styrker og kompetanse, dets livsverden. Dette vil som sagt kunne ha positiv innvirkning på motivasjon, måloppnåelse, relasjon og utbytte. "Social model values invite people with aphasia and their families to share control and decision-making with clinicians, and treatment reflects client-centered values and practices." (Byng & Dunchan, 2005, ref. i Simmons-Mackie, 2008, s. 292).

2.5.4 En kort presentasjon av relevant forskning

Da jeg skrev prosjektplanen for fem år siden, fant jeg lite direkte relatert forskning til min problemstilling. Det har heller ikke nå vært lett for meg å finne forskningsresultater som "matcher" helt. Jeg vil likevel presentere noen prosjekter som tangerer eller dekker noe av det jeg har ønsket å undersøke.

I et forskningsprosjekt i Australia utført av Worrall, Davidson, Hersh, Ferguson, Howe & Sherratt (2006-2008) hadde de som hensikt/mål å undersøke hvilke forventninger mma, deres familier og logopedene hadde av afasirehabiliteringen og hvilke mål de ulike partene hadde. De ønsket å undersøke nærmere om det kunne være en sammenheng mellom et evt. dårlig utbytte av rehabiliteringen og misforholdet mellom deltakerens og logopeden mål. De viser til tidligere studier, bl.a., Byng et al., 2002; Hersh, 2003 og 2004; Parry, 2004 hvor deltakere ikke eller i liten grad var delaktige i å sette mål for egen undervisning/rehabilitering. De tre gruppene, mma, pårørende og logopedene, hadde noe ulike mål og uttrykte noe forskjellige behov. Undersøkelsen identifiserte flere udekkede behovsområder hos mma og deres pårørende. Mangelen på informasjon om slag og afasi og støtte gjennom hele prosessen var framtrepende. Mma følte seg isolerte og ønsket å bli en del av felleskapet igjen. Ektefellene ønsket å bli mer involvert i undervisningsopplegget eller terapien. Logopedene uttrykte også ønske om å kunne tilby mer til sine deltakere og familier, men det satte kontekst og ressurser begrensninger for. Ønsket om bedret kommunikasjon var felles for alle parter. Deltakerne og pårørende trakk fram relasjonen dem imellom og til logopeden som en viktig faktor. Å kunne håpe og ikke bli fratatt evnen, muligheten til å håpe, var også et viktig moment for disse menneskene.

Jeg har tidligere nevnt Woralls (2006) artikkel "Professionalism and functional outcomes" i "Journal of Communication Disorders". Her presenterer og refererer hun til diverse forskning som har hatt som mål å finne ut noe om hvilke behov og mål mma og deres pårørende har. Hun setter disse resultatene opp mot det hun oppfatter som utbredt praksis hos logopeder og

gjør oss med dette oppmerksom på et manglende samsvar mellom deltakerens og logopedens mål for undervisningen.

I en målsettingsprosess er det viktig for logopeden å vurdere om det er deltakersentrerte mål eller logopedens mål som blir formulert og satt (Pound et al., 2000). Forskning viser at det ikke nødvendigvis er samsvar mellom logopedens og klientens mål og hva som anses som godt utbytte av terapien (Simmons-Mackie & Damico (1999), ref. i Worall, 2006; Byng, Cairns & Duchan, 2002, ref. i Worall, 2006; Kagan & Duchan, 2004, ref. i Worall, 2006; Morris, Howard & Kennedy (2004), ref. i Worall, 2006). Kanskje er logopedens fokus for mye på selve språkskaden slik at helhetsperspektivet kommer i skyggen. Både Worrall og Davidson (2000, ref. i Worrall, 2006) og Kagan og Duchan (2004, ref. i Worall, 2006) konkluderer ut fra undersøkelser at afasirammede ikke bare har mål om et forbedret språk, men om større aktivitet og deltakelse i det sosiale liv. Dette er i tråd med ICF sine målsettinger.

Byng og Duchan har i sin artikkel "Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia" prøvd å rydde opp i språkbruken og forståelsen av den sosiale tilnærmingen. De tok i sin studie utgangspunkt i forskjellig faglitteratur om tilnærmingen/modellen, og presenterer her en slags guide, en veiledning for logopeder som ønsker å arbeide etter disse prinsippene.

Bhogal, Teasell & Speechley (2003) gjorde en studie hvor målet var å finne en evt. sammenheng mellom intensitet av terapi og bedring av språk- og kommunikasjonsvansken.

2.6 Veiledningens plass i afasiundervisningen

Et sentralt mål i veiledningen, er hjelp til selvhjelp. Dette gjøres ved å oppmuntre, støtte og utfordre mennesket til å hjelpe seg selv i den aktuelle situasjonen og i framtidige situasjoner. En veileder skal bidra til å forløse styrke og ressurser, fremme vekst, kompetanseheving, mestring og refleksjon. (Pound et al., 2000; Lassen, 2002; Johannessen et al., 2010)

I den sosiale tilnærmingen som har en holistisk innfallsvinkel til afasiundervisning, vil det i klinisk arbeid kunne være vage grenser og vanskelig å skille mellom behandling/undervisning og veiledning, virksomhetene er integrerte i hverandre (Holland & Forbes, 1993; Johannessen et al., 2010). I en deltakerstyrt tilnærming som denne er, vil en vektlegge deltakers ressurser

og kompetanse, være mulighetsorientert og ha en empowerment-tenkning som utgangspunkt for undervisningsopplegget (Parr et al., 2003). Empowerment-tenkningen framhever en sterk individuell og strukturell dimensjon. Jeg behandler for det meste de elementene som er knyttet til den individuelle dimensjonen i teori- og drøftingsdelen. For å fullføre resonnementet mitt blir det likevel nødvendig og logisk å komme inn på den strukturelle dimensjonen eller systemdimensjonen i konklusjonen

Jeg oppfatter at den sosiale tilnærmingen har et sterkt innslag av empowerment-tenkning i seg, hvor deltaker blir sett på som et subjekt, et fritt, ansvarlig og aktivt menneske med ressurser, kunnskap om og ekspertise på eget liv (Pound et al., 2000; Simmons-Mackie, 2000; Lyon, 2004). Denne tenkningen uttrykker et verdigrunnlag, et menneskesyn som har respekt for enkeltindividet og dets behov, tro på dets evne til å erkjenne egen virkelighet, foreta valg og skape forandring og ta kontroll over eget liv (Worrall, 2000; Sarno, 2004). Det primære i empowerment er at deltaker skal ta ansvar for eget liv, skal selv definere problemene sine og hvilke forandringer han ønsker, definere egne mål og bestemme hvordan nå dem. I denne settingen blir det et mål å redusere sosiale og psykiske risikofaktorer, øke selverkjenneelse, kompetanse, selvtillit og styrke handling og ansvarsbevissthet. (Andersen, Brok & Mathiasen, 2000; Askheim, 2003).

Maktbegrepet er sentralt i empowerment, og her forstås begrepet som den mulighet ethvert menneske har til å påvirke og bestemme over egen livssituasjon, makt til å skape sitt eget liv, til å gjenerobre makten og kontrollen over eget liv. Partene i dialogen/samtalen er samarbeidspartnere hvor veileder stiller sin kunnskap og kompetanse til disposisjon. Likevel må det være bevissthet og åpenhet om at det *er* et asymmetrisk maktforhold mellom partene. (Andersen et al., 2000; Askheim, 2003). Det å bryte ut av en "paternalistisk" tradisjon der fagpersonen er eksperten og bruker umyndiggjort og maktesløs, har blitt omtalt som et paradigmeskifte både innenfor den sosiale tilnærmingen og innenfor empowerment-tenkningen. (Sarno, 1993b, ref. i Simmons-Mackie, 2008; Andersen et al., 2000; Worall, 2000; Askheim, 2003).

Dialogen, samtalen, kommunikasjonen er en annen viktig faktor innenfor empowerment-tenkningen. "God kommunikasjon mellom bruker og fagperson skaper rom for utvikling, læring, forståelse, bekreftelse, endring og frigjøring." (Røkenes & Hansen, 2002, s. 33). I underavsnitt 3.2.2 Etske refleksjoner tar jeg opp en del om grunnleggende holdninger, kvaliteter og ferdigheter en logoped bør ha og i tillegg et "krav" om logopedens bevissthet om

sin førforståelse og rolle. Dette er nødvendigvis faktorer som også er aktuelle for en veileder. "Å veilede et annet menneske innebærer at jeg må ta utgangspunkt i den andres indre bilde av virkeligheten, den andres mentale kart." (Inglar, 1997, s. 12). Denne tankegangen kjenner vi igjen fra Kierkegaards tanker om at veileder i en viss forstand må "underkaste seg" den veiledede (Kierkegaard, 1991).

Disse prinsippene i empowerment-tenkningen kan virke fremmede og til dels urealistiske i en afasissetting. Afasien i seg selv kan være et hinder, og det kan være kognitive, motoriske eller psykiske begrensninger som gjør det vanskelig. Likevel er det nettopp her, utgangspunktet for denne deltakers livsverden, logoped/veileder skal oppmuntre, støtte deltaker og bidra til en bevisstgjøring av det å delta i eget liv (Andersen et al., 2000). Deltaker overlates ikke til seg selv, det er en grense mellom deltakers frihet og rett til autonomi og logopedens faglige og etiske integritet og hans medansvar for deltaker. (Pound et al., 2000; Askheim, 2003). I situasjoner der det er ulike oppfatninger mellom partene, kan logopedens verdigrunnlag, kompetanse og skjønn være avgjørende i dialogen med deltaker.

Den sosiale tilnærmingen involverer ikke bare mma, men pårørende, nærpersoner og system. Det innebærer at disse innlemmes på mange nivå og i hele prosessen rundt tiltaket/afasiundervisningen/rehabiliteringen til mma. Mange av disse personene har ikke kunnskap eller erfaring med afasi, spesielt i begynnerfasen, og derfor trenger de informasjon og veiledning. Det er logopedens oppgave og plikt å gi denne informasjonen og veiledningen, invitere og motivere til samarbeid og engasjement, og å lytte til deres tanker, erfaringer, behov og ønsker.

3 Metodisk tilnærming

Hovedfokuset i prosjektet mitt har vært å få fram mine sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen. Mitt ønske og mål var at denne kunnskapen skal kunne gi større forståelse for og å gi dypere innsikt i dette fenomenet som igjen kan føre til en bedre og mer reflektert rolleforståelse og afasiundervisning. På grunn av studiens karakter og formål var det naturlig for meg å velge en kvalitativ forskningstilnærming, som har som overordnet mål "å utvikle forståelsen av fenomener som er knyttet til personer og situasjoner i deres sosiale virkelighet." (Dalen, 2011, s. 15). Det semistrukturerte intervjuet ble brukt som metode for datainnsamlingen.

Jeg valgte å følge Kvale & Brinkmanns (2009) syv stadier i en intervjuundersøkelse for å få et oversiktlig og greit oppsett som også sikret meg å få fram ulike og viktige elementer i prosessen. De syv stadiene er; tematisering, planlegging, intervjuing (som her blir kalt gjennomføring av intervjuer), transkribering, analysering (som jeg kaller drøfting), verifisering og rapportering (som jeg kaller presentasjon og drøfting, og som utgjør kapittel 4). Disse stadiene avløser hverandre ikke slavisk i selve prosessen, de ulike fasene påvirker hverandre, overlapper hverandre og flyter over i hverandre til en viss grad (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). Som både Kvale & Brinkmann (2009) og Dalen (2011) understreker, er det ingen fasit for hvordan intervjuet skal gjøres. Det kvalitative intervjuets egenart preges av åpenhet, fleksibilitet, kontinuerlig samspill/interaksjon/dialog, gjensidig utveksling og dynamikk som gjør at det ikke kan ha for strenge rammer. Likevel er det viktig å reflektere over hvilke prosedyrer og metodevalg som finnes, hvilke en velger og hvorfor.

3.1 Tematisering

3.1.1 Tema, problemstilling og formål

Som nevnt innledningsvis var det naturlig for meg å skrive om afasi, fordi det var både av faglige og private årsaker et interessant tema. Hovedproblemstillingen utkrystalliserte seg gjennom praksis og studietid, og ble ytterligere forsterket gjennom egen praksis. "Hvilke tanker og erfaringer har mennesker med afasi fra afasiundervisningen? Hvordan opplevde de møtet med logoped og afasiundervisning? Underproblemstillingen ble som en naturlig og logisk følge av hovedproblemstillingen: Hva kan jeg som logoped lære av deres refleksjoner?"

På den tiden jeg skrev prosjektplanen min (for fem år siden), fant jeg ikke så mye forskning ut fra denne vinklingen, og med mma som informanter. I mellomtiden har det kommet mer forskning og litteratur som omhandler noe av dette, eller som tangerer temaet. Generell faglitteratur og forskningslitteratur om afasi er det et stort tilfang av, her er heller vansken å begrense søket, finne og velge ut det som er relevant, nyttig og stimulerende for prosjektet. Jeg brukte mye tid i denne litteratursøk-fasen og på å lese faglitteratur. Denne fasen var til tider frustrerende, men opplevdes likevel som en nyttig og lærerik prosess. Dette arbeidet ga meg mer kunnskap om temaet, men også innsikt i andre aspekter enn bare det som var mitt hovedfokus, og som forhåpentligvis bidro til et mer helhetlig og nyansert bilde for min egen del.

Det å forske og å skrive en masteroppgave, måtte jeg gjøre til mitt eget ved hele tiden å holde fokus på hva som var formålet mitt: Få innsyn i mma sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen – og hvordan anvende denne innsikten og kunnskapen i min egen praksis og kanskje kunne bli en bedre logoped for mma!

Forskningsfunnene blir her satt opp imot teorien om hvordan afasiundervisningen kan eller bør være, og hvordan den i praksis viser seg å være ut ifra hvordan informantene opplever og erfarer den. Forskning skal i utgangspunktet være nyttig eller nytenkende i en samfunnsmessig kontekst, og det er flott om en masteroppgave kan bidra til noe utover det å være kvalifiserende for den som forsker (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). Likevel er det vel en realistisk antagelse og forventning om at resultatet av min forskning har et nokså snevert nyttehensyn samfunnsmessig. Om andre logopeder vil kunne ha nytte av denne studien, kan ikke jeg vurdere. Likevel er det alltid viktig og nyttig for utøvere av en profesjon (her logopeder) å ta tid til refleksjon over og bevisstgjøring av egen praksis og over ens egen rolle som logoped (Byng & Dunchan, 2004; Worrall, 2006).

3.1.2 Kvalitativ forskningstilnærming og kvalitativt semistrukturert forskningsintervju

"Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å forstå sider ved intervjupersonens dagligliv, fra hans eller hennes eget perspektiv." (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 43). Dette er den kvalitative forskningstilnærmingen og intervjuets hensikt og mål: Å ha et ønske om å forstå informantenes livssituasjon, deres livsverden, hvordan de forholder seg til den, og som i mitt prosjekt er; hvilke tanker og erfaringer mma har fra afasiundervisningen og hvordan de

beskriver disse. Denne tilnærmingen har et fenomenologisk perspektiv som ønsker å framskaffe fyldig og beskrivende informasjon om informantenes livssituasjon på en fordomsfri måte. Begrepet *livsverden* er sentralt i denne tilnærmingen.

Opplevelsedimensjonen er viktig og omfatter personens opplevelse av sin hverdag og hvordan en forholder seg til den. Det er her viktig å være tro mot de undersøkte fenomenene (Befring, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009; Postholm, 2010; Dalen, 2011). En ønsker å "(...) beskrive verden slik den oppleves av informantene, ut fra den forståelse at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter." (Kvale & Brinkmann, 2009, s.45).

Problemstillingen min og formålet mitt var bestemmende for valg av metode i forhold til datainnsamling. Det kvalitative semistrukturerte intervjuet kan på en fin måte få fram informantenes egne erfaringer, tanker og følelser (Dalen, 2011). Hensikten med intervjuene var å innhente informasjon om informantenes livsverden, få fram nyanserte, fyldige og beskrivende data som ble fortolket og som kunne bidra til mening og helhetsforståelse (Wormnæs, 2006; Befring 2007; Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen 2011). Kvale (2001) kaller intervjuet "(...) en scene hvor kunnskap produseres gjennom interaksjon mellom intervjuer og intervjuperson." (s.75). Intervjuet kan ses på som en samtale mellom to personer som utveksler synspunkter om et felles tema (Dalen 2011). Likevel kan det ikke helt sammenlignes med en vanlig samtale, intervjuet har et faglig innhold og mål. Et forskningsintervju er *ikke* en samtale mellom to likemenn (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette blir mer omtalt under etiske refleksjoner i underavsnitt 3.2.2. Kunnskapen som skapes i intervjuet/samtalen har ulike trekk (Kvale & Brinkmann, 2009). Den produseres i samspillet mellom informant og intervjuer. Kunnskapen er interrelasjonell og intersubjektiv. Samtalen gir kunnskap om livsverdenen i form av beskrivelser og fortellinger. Denne kunnskapen som produseres i dette intervjuet er kontekstuell, dvs. den kan ikke automatisk overføres eller sammenlignes med kunnskap fra andre situasjoner. Språket er både medium og verktøy, og kunnskap konstitueres gjennom det språklige samspillet. Kunnskapen formidles gjennom fortellinger og kan derfor kalles narrativ. "God forskning er forskning som fungerer (...) som leverer nyttig kunnskap." (Kvale & Brinkmann. 2009, s.74). Hva som er nyttig kan diskuteres, men poenget er at kunnskap er, eller kanskje bør være pragmatisk.

Et semistrukturert intervju består av et skjelett av hovedtemaer som er bestemt på forhånd av intervjuer. Dette gjøres for å forsikre seg om at en får informasjon om vesentlige og relevante emner som er aktuelle for problemstillingen. Samtidig er der åpenhet for intervjuer å komme

med oppfølgingsspørsmål, og informant kan komme med viktig og supplerende informasjon som ellers kanskje ikke hadde kommet fram ved et strengt strukturert intervju (Johnsen, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

3.2 Planlegging

3.2.1 De ulike stadiene

Prosjektplanen er et nyttig redskap som staker ut noe av veien videre. Her er mange av elementene beskrevet som en skal forholde seg til gjennom forskningsprosessen. Tross prosjektplan kan det dukke opp nye og uforutsette "momenter" faglig eller i livet som en må forholde seg til, ting som ikke går helt etter planen. Tidsdimensjonen min ble f.eks. nokså annerledes enn som beskrevet i planen. Selv om det gikk noen år før jeg fikk mulighet til å skrive oppgaven, ser jeg i dag ikke det som utlukkende negativt. Jeg har vært heldig som har fått jobbet som logoped og dermed fått litt erfaring, kunnskap og "kjøtt på bena" i forhold til temaet, noe jeg ser på som en stor fordel. Likeså har forhåpentligvis oppgaven ligget og "modnet" i hodet mitt og tankene mine. Noen forandringer har blitt gjort i forhold til prosjektplanen, men de har vært innenfor rammene og er blitt redegjort for og godkjent av NSD. Som nevnt ovenfor, brukte jeg innledningsvis mye tid på å innhente kunnskap fra faglitteraturen om temaet. Parallelt med lesingen av faglitteraturen, utkrystalliserte det seg hvilke spørsmål som kunne være aktuelle å stille i studien. At jeg skulle foreta intervju, var et tidlig avklart punkt. Jeg hadde i utgangspunktet også hatt noen refleksjoner omkring både oppgavens tema, selve intervjuet i forhold til sted, spørsmålsform, min atferd, min rolle, mma som informanter og transkribering. Teoridelen var stort sett ferdig før intervjuene ble foretatt, noen justeringer ble gjort senere i prosessen. Arbeidet med kapittel 3 var godt i gang både på papir og i tankene da jeg gjorde intervjuene, og kunne først fullføres etter hvert som intervjuene, transkriberingen og drøftingen var gjort ferdig. Jeg valgte å presentere og drøfte funnene under ett i kapittel 4. Som en rettesnor i prosjektet, prøvde jeg gjennom de ulike stadiene å holde fast på hva som var formålet mitt: Å få en innsikt og kunnskap som kan bidra til å gjøre meg til en bedre logoped! Siste kapittelet som inneholder en konklusjon, fikk en dreining mot en mer systemorientert vinkling enn jeg kanskje hadde tenkt i utgangspunktet.

3.2.2 Etiske refleksjoner

Kvale & Brinkmann (2009) omtaler en intervju-undersøkelse som en "moralsk undersøkelse" (s. 79) og hevder at forskning skal tjene både vitenskapelige og menneskelige interesser. Dette fordrer bevissthet og ansvar av forsker både i forhold til forskerrolle og metode gjennom hele prosessen.

Å være etisk troverdig eller sannferdig, er ifølge Befring (2007) bl.a. å unngå tilsiktede og utilsiktede feil. Ulike faktorer kan føre til et ikke helt sannferdig forskningsresultat, deriblant ens egen rolle som forsker. Sensitivitet for etiske spørsmål og kunnskap og erfaring til å vite hva en skal gjøre med dem er vesentlig (Kvale & Brinkmann, 2009). Vitenskapelige normer er bl.a. å søke valide konklusjoner ved å være fordomsfri, objektiv, uavhengig og ærlig, skape gode vilkår for kontroll, for etterprøving og kritikk (Befring, 2007). Spørsmålet blir *om* og *hvor* objektiv, fordomsfri og uavhengig en forsker i realiteten kan være? Både Befring (2007) og Dalen (2011) mener at et personlig engasjement for emnet ikke nødvendigvis trenger være negativt, være en fare for den etiske troverdigheten, den faglige objektiviteten eller validiteten. Erfaring, kunnskap og førforståelse, altså meninger, oppfatninger som forsker har på forhånd til det som skal studeres, kan bidra til bedre mulighet til å stille relevante spørsmål, vinne tillit og fortrolighet og til å tolke informantens erfaringer og opplevelser mer på hans premisser (Johnsen, 2006; Dalen 2011). Wormnæs (uå, gjengitt i Blandingskompendium fra UIO, 2006) definerer førforståelse som "(...) en forståelsesberedskap som utløser en primærforståelse av det gitte." (s. 226). Dalen (2011) og Befring (2007) presiserer viktigheten av forskerens bevissthet om sin førforståelse og sin rolle både i forhold til informant og forskningsprosedyre. Det ideelle er i følge Dalen (2011) å kunne være både inne i rollen og utenfor på en og samme tid ("Picasso-profilen", ref. i Dalen, 2011), dvs. i denne settingen både å la seg rive med av informantens beretninger og samtidig ha en viss distanse, objektivitet. Dalen (2011) påpeker også det som hun kaller solidaritetsproblemer. Dette handler om spesiell nærhet til tema eller informant som kan gjøre det vanskelig for forsker å distansere seg i den grad det er nødvendig for å kunne kalle seg "objektiv". Problemstillingen er aktuell både i utforming av spørsmål og intervjusituasjon, ved tolkning og formidling av forskningsresultater.

I en intervjusetting kan det oppstå både fortrolighet og nærhet. Dette og en tillit til intervjuer, er både til en viss grad en nødvendighet og en forutsetning for å få informanten til å formidle noe fra sin livsverden (Holter & Kalleberg, 1996). Samtidig som nærhet er nødvendig, kreves

det også en personlig og faglig distanse i forhold til informanten, en objektivitet til og et kritisk blikk på forskningsmaterialet og analysen (Holter & Kalleberg, 1996; Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). Et forskningsintervju er ikke en terapeutisk samtale, og jeg som forsker har verken mandat eller faglig kompetanse til å gå inn på terapeutiske emner. Her må en være oppmerksom på både egen og informantens integritet og personlige sfære (Kvale, 2001; Johnsen, 2006). Kvale (2001) advarer mot å skape et "kvasiterapeutisk" forhold i en slik setting. Kvale (2001) advarer også mot å "fremkalle nye selv-tolkninger eller emosjonelle forandringer." (s.100). En må på forhånd ha vurdert og reflektert over mulige emosjonelle reaksjoner som en selv og informantene kan få i intervjusituasjonen (Dalen, 2011). Likevel kan en ikke gardere seg mot uforutsette reaksjoner eller at intervjuet kan føre til refleksjoner eller gi enkelte effekter. Informantene blir i denne situasjonen bedt om se tilbake på og reflektere over forhold som en kanskje opplevde som en svært vanskelig tid i sitt liv. Glemte, fortrenge erfaringer eller følelser kan komme til overflaten, og dette i kombinasjon med å bli lyttet til og forstått kan skape følelser, reaksjoner og ny innsikt. Desto viktigere er det at forsker har tenkt gjennom slike ting på forhånd og er bevisst på hvilken rolle han har.

En samtale er i prinsippet en dialog mellom likeverdige partnere, noe Habermas (ref. i Askheim, 2003) omtaler som en "herredømmefri dialog", men i forskningsintervjuet eller - samtalen er det *ikke* en jevn maktbalanse, her er det et asymmetrisk maktforhold (Holter & Kalleberg, 1996; Befring, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). Forsker har fra starten lagt premisser for hva intervjuet skal omhandle, hvilket formål det har, hvordan det skal gjøres og hvordan det skal tolkes og presenteres (Johnsen, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009). Med makt følger ansvar, og en etisk rettesnor å forholde seg til kan være som Befring (2002) sier:

(...) grunnprinsippet i etikken må vere at vi skal bruke den makta vi har over andre, til det beste for våre medmenneske, og ikkje til beste for oss sjølve. Skal vi kunne makte denne utfordringa, må vi ta i bruk både sunn fornuft og rikeleg med fantasi og innlevingsevne. (s.31).

I intervjuguiden er det allerede fastsatt hvilke forskningsspørsmål intervjuer vil komme inn på og som informanten er forberedt på. I det semistrukturerte intervjuet har forsker dessuten også muligheten til å stille oppfølgingsspørsmål når han ønsker en utdyping, presisering eller oppklaring. Disse spørsmålene har informanten ikke hatt mulighet til å forberede seg på og kan kanskje komme litt "brått på". Dette bør forsker være seg bevisst. Likedan kan det i disse situasjonene være lett for forsker å stille ledende spørsmål som vil påvirke svarene. Kvale

(2001) hevder det blir brukt for lite ledende spørsmål i kvalitative intervjuer, hvor han mener det er spesielt egnet med slike spørsmål. Det kan være nødvendig å stille ledende spørsmål f.eks. for å forsikre seg om at informanten har forstått spørsmålet, gjøre spørsmålet enklere, forsikre seg om en har forstått informanten riktig eller for få en mer spontan eller ærlig svarversjon. Ledende spørsmål trenger ikke svekke intervjuenes reliabilitet, men kan tvert imot styrke dem, sier Kvale & Brinkmann (2009). Dalen (2011) virker mer skeptisk til ledende spørsmål.

"Det avgjørende spørsmålet er ikke hvorvidt intervjueren skal lede eller ikke lede, men *hvor* intervju spørsmålene skal lede, og hvorvidt de vil lede i viktige retninger som vil gi ny, troverdig og interessant kunnskap." (Kvale & Brinkmann, 2009, s.184).

En samtale er en interaksjon mellom to mennesker med hver sine førforståelser og kan av den grunn ikke være et objektivt, nøytralt foretak. Informantens refleksjoner, svar, uttalelser er ikke allmenne, objektive eller "sannheter", men genuine erfaringer og opplevelser.

I dette prosjektet måtte jeg som forsker ha et bevisst forhold til hvordan jeg oppfattet informantene, og hvordan de selv oppfattet seg. Var de en sårbar gruppe mennesker? Var de "restituerte"? Hadde de funnet "seg selv" igjen? Hadde de akseptert sin nye livssituasjon? Dette måtte jeg være bevisst på både i min førforståelse og gjennom hele prosessen. Dette kunne være mennesker som hadde opplevd en voldsom omveltning i sin livssituasjon, de kunne ha fått en knekk i eget selv bilde eller fått tilleggsvansker eller fysiske skader som er vanskelig å forholde seg til. Det mest selvfølgelige, men ikke minst viktige var i min iver ikke å "glemme" at disse menneskene har en språk- og kommunikasjonsvanske. Enhver informant har krav på respektfull behandling. Jeg etterspurte informantenes egne tanker og erfaringer. Det krever tillit mellom informant og forsker for å blottlegge seg slik.. Det fordrer en holdning fra forsker som et ydmykt, empatisk, ærlig og aktivt lyttende menneske (Eide & Eide, 2000; Røkenes & Hansen, 2002; Dalen, 2011). Samtidig som det inviteres til åpenhet og fortrolighet om personlige og kanskje sensitive spørsmål, må forsker også beholde distansen i forskerrollen som ivaretar et vitenskapelig ansvar, sensitivitet og integritet (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

I transkriberingen var det viktig å ikke stigmatisere informantenes språkvanske. Jeg valgte en fortettet form som likevel beholdt meningsinnholdet, men gjenga også ordrett gode uttalelser med snert og poeng (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

I et forskningsintervju er det ikke bare et asymmetrisk maktforhold mellom partene i selve intervjusituasjonen, men også i fortolkningsprosessen etterpå. Forskeren har bortimot monopol på å tolke informantenes beskrivelser. Det kreves en grad av kunnskap, ansvarlighet, redelighet og objektivitet til å vite hvor dypt og kritisk en skal drøfte dataene (Kvale & Brinkmann, 2009).

Kvalitativ forskning bør ideelt sett få både individuelle og vitenskapelige konsekvenser. Det viktigste er imidlertid at forsker prøver å unngå ikke-intenderte konsekvenser, uønskede konsekvenser for informantene, mma som gruppe eller for faget/yrkesgruppen.

I informasjonsskrivet til informantene ble de informert om at det var frivillig for dem å delta og at de kunne trekke seg når som helst. I telefonsamtalene spurte jeg også hver gang om de fortsatt var villige og motiverte for prosjektet. Videre ble de informert om deres rett til innsyn og krav på anonymitet. Det ble informert om at jeg har taushetsplikt og at alle opplysningene ville bli oppbevart og behandlet forsvarlig og konfidensielt, og at opptakene ville bli slettet når oppgaven var ferdig. I skrivet stod det at studien var meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Vedlagt informasjonsskrivet var det en skriftlig samtykke-erklæring som skulle underskrives og returneres til meg i vedlagt påskrevet og frankert konvolutt.

Generelle forskningsetiske retningslinjer som en finner i "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi 2006", har vært noe av grunnlaget for de etiske hensyn som har blitt tatt i prosjektet. Ethvert prosjekt kan ha sine særegenheter som det må tas hensyn til og vurderes individuelt.

3.3 Gjennomføring av intervjuene

"Hvis du ønsker å vite noe om hvordan mennesker ser på og vurderer livet sitt og de sammenhenger de står i, bør du snakke med dem eller stille dem noen aktuelle spørsmål." (Johnsen, 2006, s.118).

Ved å bruke et semistrukturert intervju, hadde jeg som forsker allerede definert hvilke hovedspørsmål jeg ville stille informanten. Likevel har en i denne type intervju muligheten til å kunne stille oppfølgingsspørsmål som kan gi forsker en dypere og nyansert innsikt i, forståelse og fortolkning av informantens livsverden. (Se underavsnitt 3.1.2).

3.3.1 Intervjusituasjon, informant og intervjuer

Selve intervjuet ønsket jeg om mulig, å gjøre i en kjent setting for informanten. Dette også fordi det for noen rent praktisk og belastningsmessig kunne være lettere at jeg kom til dem. Da jeg tok kontakt med informantene, lot jeg dem velge sted, dag og tidspunkt for intervjuet. En valgte at jeg kom hjem til vedkommende, en ville møtes i et lokale der informanten hadde et dagtilbud og en ville gjøre intervjuet på mitt kontor. Selve intervjuene varte fra ca. en time til halvannen time. Informantene var forekommende og positive, og det opplevdes som en grei, fin atmosfære av alle parter i intervjusettingen.

Jeg prøvde å formidle så mye informasjon jeg kunne på forhånd ved å sende informasjonsskrivet som fortalte noe om meg selv, hensikten med intervjuet, litt om type intervju spørsmål og intervjusituasjonen. Intervjuguiden ble deretter sendt i god tid før intervjuet, dette for å ufarliggjøre og minske en evt. engstelse for det forestående intervjuet, og for å gi informanten mulighet til å kunne forberede seg og reflektere over sin egen situasjon. Jeg hadde også flere telefonsamtaler med hver enkelt informant før intervjuet.

Et intervju kan være nokså sårbart fordi forsker er avhengig av at informant føler en viss trygghet for å ville fortelle fritt om sine tanker, erfaringer og refleksjoner. Intervjuets oppstart kan være vesentlig for intervjuets utfall, derfor er det viktig å etablere en trygg, avslappet og hyggelig atmosfære, men det skal ikke bære preg av å være en terapeutisk samtale. Et intervju er en samtale, og bør derfor ikke få noe preg av "forhør", men heller ha en atmosfære av interesse, forståelse og respekt (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). I forhold til mine informanter var det særdeles viktig å gi god tid både for å kunne reflektere og for å svare, og å ta pauser der det var nødvendig.

Jeg tok med samtykke av informantene lydopptak av intervjuet for å kunne være "helt og fullt" til stede, kunne ha øyekontakt og fange opp gester og kroppsspråk under samtalen. Jeg gjorde under selve intervjuet små feltnotater, og umiddelbart etterpå supplerte jeg også med utfyllende observasjoner (Dalen, 2011).

For å finne egnede informanter tok jeg kontakt med logopedkolleger og spurte om de kunne ha aktuelle kandidater. Logopedene var positive til dette og fant informanter som var villige til å være med i prosjektet mitt. Jeg tok deretter kontakt med hver enkelt informant via telefon, ga litt informasjon og takket for velvilligheten deres. Først ble informasjonsskrivet med samtykke-erklæringen sendt ut. Da erklæringen kom tilbake, ble intervjuguiden sendt ut.

Utvalgskriteriene mine var at informanten har hatt afasi som følge av slag i minst to år og formodentlig har kommet gjennom de første krisereaksjonene, har erfaring med det å leve med afasi, ikke har uttalte kognitive skader, forstår relativt godt, gjør seg verbalt forstått evt. med litt hjelp, er norsktalende i utgangspunktet og har eller har hatt afasiundervisning.

Ved å velge informanter som ikke har uttalte kognitive skader og er verbalt forståelige, gjorde jeg det lettere for meg selv å få raskere og relevant informasjon, men jeg sikret også en viss validitet i informasjonen. Her er det snakk om mma som stort sett forstår hva de blir spurt om og som har mulighet til å svare for seg, informere og korrigere om enn med noe strev og evt. med litt hjelp av skrift. Informantene mine var både samarbeidsvillige og positive. Selv om de kan gjøre seg forstått verbalt i ulik grad, er deres afasi et hinder i å kunne gi lange, levende, sammenhengende og presise beskrivelser. Som en av informantene sa om det å snakke:

"Skulle sikkert ha snakket mye mer, men det blir så kort så mulig, det blir så slitsomt!". Jeg visste på forhånd at det kunne bli en sammensatt oppgave å intervju mma, likevel visste jeg av erfaring hvor mye interessant og verdifull informasjon og erfaring disse menneskene kan sitte inne med, og det ansporet meg. Kvale (2001) sier at i tilfeller der en intervjuer mennesker som kan være vanskelige å intervju av ulike årsaker, er det intervjuerens oppgave "(...) å motivere og hjelpe med å tilrettelegge personens fortellinger. Da kan intervjuene bli kunnskapsrike, nesten uansett *hvem* som intervjues." (s.91).

Et utvalg på tre informanter som er valgt ut ved hjelp av velvillige kollegaer og som i kraft av utvalgskriteriene kanskje ikke kan sies å være typiske for gruppen "mma", kan heller ikke være representativt eller gi grunnlag for generalisering. Jeg måtte uansett foreta et premissvalg og leve med at ved dette ville jeg få noe og miste noe, men det kunne gi innblikk i problemfeltet og skape et godt grunnlag for nærmere undersøkelser. Det finnes mma som ikke kan gjøre seg forstått eller i hvert fall i liten grad, verken verbalt eller ved hjelp av skrift. Noen mma kommuniserer skriftlig eller ved hjelp av andre teknikker. Disse menneskene kan også være mentalt, kognitivt fullt "oppegående" mennesker. Denne informantgruppen kan være vanskelig å intervju rent praktisk, det vil være tidkrevende, men det kan også bli problemer med henblikk på validiteten i informasjonen. Kommunikasjonen mellom intervjuer og informant blir i en slik setting utsatt for en enda større fortolkningsprosess. Disse menneskene har antageligvis helt andre erfaringer og opplevelser enn utvalgets informanter. Deres tanker og erfaringer ville også kunne være både relevante, interessante og viktige å få belyst. En annen faktor som kan ha svekket validiteten i utvalget, er at logopedene som ble

spurt om å finne egnede deltakere, valgte informanter som de selv opplevde som samarbeidsvillige, positive, ressurssterke eller motiverte. Ved disse utvalgskriteriene fikk jeg ikke fram informasjon om mennesker med stor og tung afasi som både er en interessant og utsatt gruppe innenfor feltet. Jeg ville sannsynligvis fått et annet informasjonsmateriale ved andre utvalgskriterier (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

"Intervjueren er selv forskningsinstrumentet." (Kvale, 2001, s. 91). Som forsker har en allerede lagt en del premisser for forskningen; valg av tema, problemstilling, valg av metode og analysetilnærming, utvalgskriterier for informanter, intervjuguide osv. Forskerens førforståelse, kunnskap, erfaring, "skikkethet" og etikk vil prege hele prosjektet. Det å være et "forskningsinstrument" fordrer bevissthet om egen rolle og hvilke type intervju og hvilken informant en har med å gjøre. Jeg viser her til underavsnitt 3.2.2 hvor det er overlappende refleksjoner i forhold til disse momentene. I veiledningslitteraturen snakkes det om hvilke grunnleggende holdninger og ferdigheter som er nødvendige for en god veileder. I en samtale som har som mål å få fram en informants livsverden blir intervjuers holdning til sin samtalepartner viktig og avgjørende. Dermed er disse grunnleggende holdningene som Rogers (1965) og Davis (1995) forfekter absolutt aktuelle i denne settingen; respekt, ubetinget positiv aktelse, ydmykhet, ekthet, empati og dempet entusiasme (Eide & Eide, 2000; Lauvås & Handal, 2000; Johannessen et al., 2010). Kvale & Brinkmann (2009) framhever ti kvalifikasjonskriterier for en intervjuer, som ikke er absolutter, men som likevel gir en pekepinn på /retningslinjer for en god intervjuer. Disse kriteriene er å være kunnskapsrik, strukturerende, klar, vennlig, følsom, åpen, styrende, kritisk, erindrende og å være tolkende. Aktiv lytting er særs viktig i en fenomenologisk tilnærming der det er viktig å lytte til hva og hvordan det sies. Ut ifra slike observasjoner kan aktuelle oppfølgingsspørsmål bli stilt. Visse kommunikasjonsferdigheter bør en intervjuer også inneha både på verbalt og non-verbalt plan; å kunne lytte og være oppmerksom, stille åpne spørsmål, bruke minimale responser, parafrasere/oppsummere, oppmuntre, konfrontere, bruke pauser, ha øyekontakt, matche tempo og toneleie, tolke informantens ansiktsuttrykk og kroppsspråk og å være seg bevisst sitt eget (Eide & Eide, 2000; Johannessen et al., 2010). Jeg er ingen erfaren intervjuer og måtte lese om og repetere denne kunnskapen og trene litt på forhånd. Jeg har erfaring i å samtale med mennesker, og det er mitt håp at mine informanter opplevde at jeg utviste noen av disse grunnholdningene og ferdighetene som nevnt ovenfor. En av informantene i prøveintervjuet svarte slik da jeg spurte nn hvordan nn hadde opplevd intervjuet: "Jeg følte du var på lag med meg!"

3.3.2 Intervjuguide og intervju spørsmål

Hovedkategoriene som skulle belyses i intervjuet var: A. Afasiundervisningen, B. Relasjonen til logoped og C. Informasjon, veiledning og samarbeid. Med utgangspunkt i disse tre og med hovedvekt på A, ble det utarbeidet en intervjuguide med åpne, relevante, gode, klare og ikke-ledende (se kommentar til dette i underavsnitt 3.2.2) hovedspørsmål innenfor hver kategori. Disse ble så etterfulgt av oppfølgingsspørsmål når det var ønskelig med en utdyping, presisering eller oppklaring som kunne gi en dypere innsikt. Intervjuguiden startet og avsluttet med "ufarlige" og generelle spørsmål for å få en god og "myk" innledning og avslutning rundt en samtale med et kanskje vanskelig og sensitivt innhold. I tillegg hadde vi en small-talk både før og etter selve intervjusamtalen. Ved å gjennomføre to prøveintervjuer fikk jeg mulighet til å prøve ut guiden og redigere der den var utilstrekkelig eller uklar (Johnsen, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). Jeg gjorde noen endringer etter prøveintervjuene, men innså kjapt i de "reelle intervjuene" at jeg ofte måtte ty til enklere formuleringer, ledende spørsmål og i enkelte tilfeller også akseptere ja/nei-svar som "godt nok". Informantene mine hadde litt forskjellig forståelse i forhold til det rent språklige og innholdsmessige i spørsmålene i guiden. De hadde også ulik evne og utholdenhet til å uttrykke seg. Jeg valgte likevel å beholde intervjuguiden slik den ble sendt ut til informantene i stedet for å omformulere den og lage en ny etter første intervju. Dette gjorde jeg av både faglige og språklige årsaker. Jeg vurderte det dithen at det kunne virke stigmatiserende for informantene å motta en ny utgave som var tydelig "nedjustert" til et enklere språklig nivå.

3.4 Transkribering

Kvale & Brinkmann (2009) hevder transkripsjonen er en fortolkningsprosess i seg selv, og Postholm (2010) refererer til Atkinsen & Heritage (1984) som mener transkripsjonen er en "forskningsaktivitet". I dette uttrykket ligger det at forsker må stadig på ny lytte til opptaket og kanskje få en ny forståelse eller oppdage nye forhold.

Med mine tre informanter, var det ingen uoverkommelig jobb å transkribere lydopptakene av samtalene til skrift. I tillegg til opptak, hadde jeg små feltnotater og observasjoner av atferd, kroppsspråk, mimikk, sinnsstemning o.l. som ble lagt inn i det skriftlige materialet. Alle tre opptakene var av god kvalitet, tatt i rolige omgivelser og uten sjenerende bakgrunnsstøy. Jeg transkriberte opptakene ved å lytte til dem to ganger og skrive ned underveis. I drøftingsarbeidet måtte jeg likevel noen ganger tilbake til opptakene og høre på nytt om jeg

hadde oppfattet informantens uttalelser riktig, om transkripsjonen gjenga på en god måte hva personen ønsket å formidle. Samtidig som ønsket om å ha så stor reliabilitet og validitet (se underavsnitt 3.6.1 og 3.6.2) som mulig, er "Transkripsjoner ikke kopier eller gjengivelser av en egentlig realitet, de er abstraksjoner, (...). (...) - det finnes ingen sann, objektiv oversettelse fra muntlig til skriftlig form." (Kvale, 2001, s. 104 og 105).

Jeg valgte å overføre intervjuet til en mer litterær og fortettet form som jeg syntes var praktisk og nyttig i mitt arbeid (Kvale & Brinkmann, 2009). Informantens uttalelser ble forkortet og "språkvasket" uten å miste meningsinnholdet i de opprinnelige uttalelsene. Jeg la også til mine observasjoner, feltnotater. Afasien kan gjøre at språket framtrer som usammenhengende, uklart og forvirret hos mma. Ved å bruke denne formen unngikk jeg en stigmatisering av disse menneskene. En del av det informanten sa, har jeg likevel gjengitt ordrett. Dette både for å få deres ordrette refleksjoner, for å fange deres følelsesmessige uttrykk for ulike opplevelser, som ofte blir sagt på en treffende måte, men også for å kunne bruke deres uttalelser som sitat i oppgaven. Jeg har prøvd så godt som mulig å beskytte informantenes konfidensialitet.

Jeg opplevde absolutt selve transkriberingen som en del av tolkningsprosessen hvor data trådte fram som elementer i det framtidige drøftingsarbeidet. Jeg ble både bedre kjent med stoffet, fikk en nærhet til det som styrket meg i drøftingsarbeidet (Dalen, 2011). Etter at intervjuene var gjort, var jeg noe usikker på hvilke og hvor mye data jeg hadde fått som var "brukelig" og relevant. Etter å ha lyttet til samtalene og transkribert, kom det fram mer enn forventet. Det ble også en refleksjon på hva som ikke ble sagt, på underforståtte eller såre undertoner i uttalelser, på selvironien og "stå-på-viljen" hos informantene. Ved gjennomgang av opptakene blir en som forsker gjort oppmerksom på ting som kunne vært gjort og sagt på en annen og kanskje bedre måte. Jeg opplevde det likevel som at det var en "god tone" i samtalene mellom informantene og meg.

3.5 Drøfting

Drøftingsarbeidet har som sagt allerede vært i gang i de foregående stadiene. Jeg visste hva jeg ville undersøke og hvorfor. Jeg ønsket å utvide mine kunnskaper om dette fenomenet jeg undersøkte, og jeg ønsket å klargjøre og utdype det som ble sagt i intervjuene og om mulig finne det implisitte. "Hvordan kan jeg finne ut hva intervjuene forteller meg om det jeg ønsker å vite?" (Kvale & Brinkmann, 2009, s.199). Som forfatterne sier, er det ikke noe fasitsvar på

dette spørsmålet. Jeg hadde erfaring, kunnskap og førforståelse som påvirket mitt drøftingsarbeid og valg av drøftingstilnærming. Selv om intervjuuttalelsene er et intersubjektivt produkt av en dialog, var det likevel viktig for meg å prøve å bevare det genuine meningsinnholdet i det som informantene hadde sagt og gjengi og tolke det på dets egne premisser så langt som mulig. Hva mente informanten? Hva sier teksten? Hva legger forskeren inn i teksten? Det var viktig å få fram det autonome i teksten, både det eksplisitte og det som informant ønsket å formidle ved å se på ulike kontekster og på helheten (Wormnæs, 2006). Samtidig ville jeg se på informantenes uttalelser, deres erfaringer og opplevelser med afasiundervisningen i lys av teorien. Jeg har ikke fulgt en standardisert analysemetode, men har en mer eklektisk tilnærming. Tematiseringen og oppbyggingen av intervjuguiden ga føringen for drøftingen, kategoriene var der allerede gitt (Johnsen, 2006). Jeg presenterte og tolket funnene i tråd med guiden. Noen punkter er slått sammen i presentasjonen og drøftingen. Det er gjort der hvor informasjonen er sammenfallende, overlappende eller har en logisk og naturlig sammenheng. De tre informantenes svar/uttalelser ble sett på som en helhet. Der det var ulike erfaringer/refleksjoner som var viktige, vesentlige eller overraskende, ble disse trukket fram. Det viktige var å finne tendenser eller mønster, se om der var sammenhenger, se helheter og evt. avvikende mønster, kontraster eller spenninger (Johnsen, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). Det hele, dvs. informantenes uttalelser i transkribert tekst og feltnotater, ble sett i lys av det afasifaglige og spesialpedagogiske rammeverket som ble presentert i teoridelen.

Intervjuet er en samtale der to parter i fellesskap, i en dynamisk prosess bidrar til å skape en fortelling om et tema av felles interesse som senere munner ut i en tekst. En tekst blir til når disse to kommuniserer mer eller mindre spontant i en kontekst der også gester og kroppsspråk inngår som en del av den totale kommunikasjonen. Både forsker og informant går til intervjuet med sin førforståelse som preger samtalen, spørsmålene og svarene, forståelsen, refleksjonen og observasjonen. Det er viktig at forsker er seg bevisst sin førforståelse, den preger forutsetningene for samtalen og resultatet/teksten. Forsker påvirker resultatet, teksten er ikke forutsetningsløs (Wormnæs, 2006; Kvale & Brinkmann, 2009).

Forskningsinterviewet er en samtale om den menneskelige livsverden, hvor den muntlige diskurs er transformert til tekster, der skal fortolkes. Hermeneutikken er derfor dobbelt relevant for interview-forskningen, for det første fordi den belyser den dialog, der produserer de interviewtekster, der skal fortolkes, og dernæst fordi den

afklarer den efterfølgende fortolkning af de producerede interviewtekster, der igjen kan opfattes som en dialog eller samtale med teksten. (Kvale, 1997, s. 56).

Hermeneutikken er en fortolkningsprosess/tolkningsteori av tekst der forståelse, mening og refleksjon er sentrale faktorer. Forsker prøver å finne en indre mening i og helhetsforståelse av teksten og å få fram tekstens autonomi; mma sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen. Økende innsikt og forståelse skjer i en spiral-lignende bevegelse, den hermeneutiske spiral, der nye delinnsikter settes inn i eksisterende kunnskap eller helheter som deretter tolkes og danner nye helheter. (Fugleseth, 2006; Befring, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale snakker også om en hermeneutisk tilnærming til intervjuet der han omtaler det som en "(...) tolkende lytting til det mangfoldet av betydninger som ligger i intervjupersonens uttalelser, med særlig vekt på muligheten for stadige omtolkninger innenfor intervjuets hermeneutiske sirkel." (Kvale, 2001, s. 81).

Fuglseth (2006) omtaler hermeneutikken som en kommunikasjons- og forståelsesteori der vi må tolke oss selv inn i tolkningsprosessen. Språket er ikke bare et verktøy i denne prosessen, men også en premissleverandør. Han omtaler tre hermeneutiske sirkler/tre nivåer i spiralen: det skriveren/informanten mente, det teksten selv avslører og det vi legger inn i teksten. Kvale sier at formålet med hermeneutisk fortolkning er "at nå frem til en gyldig og almen forståelse af en teksts betydning" (Kvale 1997, s. 56). Hva er gyldig og allmenn forståelse? Hvordan påvirker og farger forskerens førforståelse forskningsprosess og -resultat? Gadamer (1984, ref. i Fuglseth, 2006, ref. i Dalen, 2011) hevder at "ingen kan starte på null". En går inn i en samtale med sin førforståelse både på godt og vondt. Forskers førforståelse kan hindre en objektiv, fordomsfri og uavhengig forskning. Samtidig krever det å kunne stille gode og kritiske spørsmål i et intervju en viss form for førforståelse. Desto større førforståelse eller kunnskap en har om emnet, desto større mulighet kan en ha for å oppfatte betydningsnyanser og meninger i møte med informant. Når en tror at en forstår andre mennesker, skjer det som Gadamer (ref.i Fuglseth, 2006) kaller en horisontsammensmelting. En finner samsvar mellom meninger og forestillinger hos seg selv og tekst/informant uten at en nødvendigvis er enig, og en utvider ens egen horisont ved å ta inn ny kunnskap, innsikt og forståelse i sin eksisterende viten og førforståelse.

3.6 Verifisering

Undersøkelsens reliabilitet og validitet er avhengig av om resultatene er pålitelige og om intervjustudien har undersøkt det den skulle undersøke, om den har innhentet gyldige data. Det skal også framgå om det er muligheter for en generalisering av forskningsresultatet (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.6.1 Reliabilitet

Kvale & Brinkmann (2009) sier "Reliabilitet har med forskningsresultatenes konsistens og troverdighet å gjøre." (s. 250). Ville resultatet blitt det samme med en annen forsker på et annet tidspunkt, i en annen setting? Spørsmålet om pålitelighet gjelder for flere av stadiene av intervjuforskning. Intervjuerens rolle, kvaliteter og ferdigheter, maktforholdet i et forskningsintervju og bruken av ledende spørsmål er eksempelvis faktorer som påvirker undersøkelsens pålitelighet bevisst og ubevisst. Alle disse er omtalt tidligere under etiske refleksjoner i underavsnitt 3.2.2.

For å motvirke vilkårlig subjektivitet, kan en styrke påliteligheten i et intervju ved å strukturere spørsmål og svar. Samtidig må det heller ikke bli for rigid slik at en mister verdifull informasjon (Befring, 2007; Kvale & Brinkmann, 2009). I transkriberingen foregår det en fortolkning som gjør at ingen transkriberte intervjuer kan sies å være "sanne" eller "objektive". Forsker velger en transkriberingsform og –stil som passer forskningens hensikt, men samtidig ivaretar reliabiliteten (Kvale & Brinkmann, 2009). Johannessen, Tufte & Kristoffersen (2004) hevder at reliabiliteten er vanskelig å etterprøve i et prosjekt hvor samtalen er innsamlingsmetoden, forskeren selv instrumentet og observasjonen både verdiladet og kontekstavhengig.

3.6.2 Validitet

Å validere betyr å kontrollere, og validitet er sentralt i kvalitativ forskning og den påvirkes av faktorer som; førforståelse, forskerrolle, utvelgelse av informanter, metodetilnærming, transkribering og valg av analysemetode, tolkning, drøfting og presentasjon av materialet. Under hele prosessen må en vurdere om en virkelig undersøker det en har satt seg fore å finne svar på (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011). Kvale & Brinkmann (2009) omtaler validitet som et uttrykk for håndverksmessig dyktighet. Mange av de mest aktuelle

validitetsspørsmålene som er naturlig å trekke fram i de ulike stadiene er f.eks. forskningsmetode, forskers rolle og moralske integritet, selve intervjuets kvalitet og kommunikasjon, validiteten av informantenes beskrivelser, transkribering, osv. Flere av disse faktorene overlapper eller tangerer med det som allerede er skrevet under etiske refleksjoner i underavsnitt 3.2.2 og utvalgets validitet som blir omtalt i underavsnitt 3.3.1. Jeg vil derfor kun trekke fram to faktorer under dette punktet.

I forhold til studiens tema, problemstilling og mål vurderte jeg det riktig å bruke en fenomenologisk tilnærming med intervju som datainnsamlingsmetode. Spørsmålene ble formulert ut ifra spesialpedagogisk teoretisk forankring, kunnskap og erfaring. Intervjuguiden med sine tre hovedtema og sin oppbygning ble fulgt i alle intervjuene. Oppfølgingsspørsmål, også i form av ledende spørsmål, ble bevisst brukt for å presisere, utdype og klargjøre det som var sagt - for å styrke gyldigheten. Det ble gjort gode og hørbare lydopptak av alle tre intervjuene.

Hva er valid kunnskap og informasjon, hva er "sannheten"?

"Miles & Huberman (1994) fremhever at det ikke finnes noen gudgitte eller ufeilbarlige regler for hvordan validitet skal etableres i den kvalitative forskningen." (ref. i Kvale & Brinkmann, 2009, s.254). Likevel kreves det av en forsker å være oppmerksom på og kritisk til potensielle skjevheter som kan påvirke eller forhindre validitet. Mange faktorer påvirker intervjusituasjonens og funnenes validitet, og en av de kritiske innvendingene til kvalitativ forskning er nettopp spørsmålet om informasjonens sannhetsgestalt. I denne forskningen ønsket jeg å få innblikk i mma sine opplevelser og erfaringer med afasiundervisningen, deres livsverden. Den må nødvendigvis bli subjektiv, men ikke av den grunn ugyldig. Et menneske som har fått slag og afasi kan i begynnelsen være så syk at det ikke oppfatter så mye av det som skjer rundt seg, og kan ofte ikke helt klart redegjøre for hva som skjedde i starten. Hukommelsen er ofte rammet, og det kan være bevisste eller ubevisste fortrengninger eller tilsløringer om hendelsesforløp, fakta, opplevelser og erfaringer. Språkvansen i seg selv kan svekke validiteten. Ved bare å intervju mma og ikke noen av deres pårørende eller nærperso-
ner, kan en heller ikke få verifisert informantenes fortellinger. Likevel valgte jeg nettopp å intervju disse menneskene. Jeg kunne ikke garantere for gyldigheten av deres informasjon, likevel valgte jeg å tro på deres fortellinger. Det gjorde jeg ut ifra interesse, erfaring og en tillit til at disse menneskene ville så langt som mulig fortelle så ærlig og redelig som det lot seg gjøre. Eventuelle motforestillinger mot at det kom fram valid informasjon

under samtalen kunne f.eks. være manglende skikkethet av meg som forsker og den skjeve maktbalansen i dialogen. Dette var faktorer som jeg hele tiden prøvde å være meg bevisst på. Jeg opplevde at den informasjonen informantene mine kom med var et uttrykk for deres genuine tanker, erfaringer og refleksjoner, og informasjonen var så sterk og overbevisende at den gjorde krav på gyldighet (Kvale & Brinkmann, 2009; Dalen, 2011).

3.6.3 Generaliserbarhet

Om et forskningsresultat fra en situasjon er generaliserbart, er avhengig av om det er overførbart til en annen situasjon (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg har tidligere skrevet at kunnskap produsert i et intervju er kontekstuell, dvs. den kan ikke automatisk overføres eller sammenlignes med kunnskap fra andre situasjoner. I dette prosjektet har jeg kun intervjuet tre mma, som heller ikke er typiske representanter for den totale gruppen, noe som tilsier at det er for få intervjupersoner til at resultatet kan generaliseres. Det var heller ikke intensjonen med undersøkelsen. Jeg ønsket å få et innblikk i noen mma sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen. Funnene i denne undersøkelsen kan ikke automatisk generaliseres ved å si at alle mma opplever det slik. Likevel kan en kanskje kunne anta at flere mma vil kunne identifisere seg med noe av dette som har kommet fram i studien. Kennedy (1979, ref. i Kvale & Brinkmann, 2009) hevder at det er også opp til mottaker av informasjonen å avgjøre om resultatet er generaliserbart. Flyvbjerg (2006, ref. i Kvale & Brinkmann, 2009) tar et oppgjør med misforståelser i forhold til kasusstudier. Han mener bl.a. det absolutt er mulig å generalisere og generere hypoteser på grunnlag av enkelt kasus.

3.7 Presentasjon og drøfting

Undersøkelsens funn blir presentert og drøftet i kapittel 4. Innledningsvis blir det gitt en kort metodebeskrivelse og presentasjon av informantene.

3.8 Metodekritikk

Jeg har allerede i underpunkt 3.2.2 Etiske refleksjoner kommet inn på enkelte faktorer som kan svekke eller påvirke forskningen og dens resultater og går her derfor ikke noe nærmere inn på disse.

Jeg har hatt både en faglig og privat interesse for afasi, og har dessuten jobbet med denne problematikken i fire år. Jeg har dermed et nært forhold til det fenomenet jeg ønsket å forske på. Det kan innebære et habilitetsproblem og det som Dalen (2011) kaller et solidaritetsproblem, dvs. at forsker studerer noe han/hun er berørt av. Det kan medføre at forsker med sin førforståelse "graver" dypere enn en annen forsker kanskje ville gjort eller at den preger funnenes drøfting og fremstilling på en spesiell måte. Et annet moment her er selvfølgelig om informantene følte de måtte gi svar som var forventet siden jeg var logoped. Jeg har i underpunkt 3.2.2 reflektert over sammenhenger mellom objektiv forskning, førforståelse og et personlig engasjement.

Der er ikke nogen umiddelbar og entydig forbindelse mellom det subjektive og det objektive, ligesom der ikke er tale om to absolutte og uafhængige størrelser.

Spørsmålet er således, (...) hvordan man kan håndtere den realitet, det er at sige, ikke at man kan opnå en absolut sandhed, men at man kan opnå noget, der er sandt. (Holter & Kalleberg, 1996, s.199).

Pga. informantenes språkvanske i forhold til å lese, ble ikke de transkriberte intervjuene sendt tilbake til dem for gjennomlesing og evt. korrigering. Det er klart en svakhet for prosjektet.

Som forsker/intervjuer skulle en ideelt ønske at informantene kunne fortelle fritt om sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen. Det ville kunne by på problemer av ulik art å få dette til. Afasien i seg selv gjør det vanskelig for disse menneskene å gi en fyldig og omfattende beretning. En kan også anta at det ville kunne være vanskelig for enkelte av dem umiddelbart å huske tilbake på hva som hadde skjedd i prosessen, og at de derfor ville profitte på stikkord eller foreslåtte emner og spørsmål i en intervjuguide. Jeg anså det som nødvendig å bruke en intervjuguide med ferdig oppsatte spørsmål formulert av meg som utgangspunkt for samtalen. Ved å gjøre dette hadde jeg allerede på et vis redigert samtalen og satt et preg på fortolkningsprosessen. Hva ville kommet fram om informantene hadde fortalt spontant om sine erfaringer? Jeg ville helt sikkert fått mye og annerledes informasjon, men det hadde medført mye usikkerhet i forhold til å få tilfredsstillende og nok informasjon/data til å gjøre en drøfting av og trekke konklusjoner fra. Jeg sendte guiden til informantene på forhånd slik at de hadde mulighet til å kunne forberede seg med hjelp av pårørende/nærpersoner. Det semistrukturerte intervjuet er i sin karakter et intervju som åpner for oppfølgingsspørsmål, noe jeg også brukte aktivt for å få utfyllende, mer presis og valid informasjon. Det kan stilles spørsmål om slike oppfølgingsspørsmål er ledende i seg selv. Jeg

erfarte av og til pga. av manglende forståelse og språkevne, at jeg måtte stille ledende spørsmål og ja/nei-spørsmål. Dette vil av noen forstås som en svakhet ved forskningen, mens andre vil hevde det motsatte, jf. underavsnitt 3.2.2.

Valg av type og antall informanter vil også kunne være et ankepunkt ved forskningen. Jeg gjorde et valg vedrørende type informanter jeg ønsket å intervju, jf. 3.3.1. Det var ikke et poeng for meg å gjøre en kvantitativ undersøkelse med flest mulig informanter som gjorde det mulig å generalisere fenomenet på bakgrunn av funnene. Jeg ønsket et innblikk i noen mmas sine tanker og erfaringer. En annen faktor var at jeg hadde et begrenset antall informanter som kvalifiserte for mine krav/premisser av informanter.

Det problematiske ved å validere kvalitativ forskning skyldes ikke nødvendigvis svakheter ved den kvalitative metoden. Det kan tvert imot skyldes den kvalitative metodens særegne evne til å beskrive og stille spørsmål ved den sosiale virkeligheten som undersøkes.

Ideelt sett vil kvaliteten på håndverksarbeidet gi kunnskapsprodukter som i seg selv er så sterke og overbevisende at de faktisk bærer sin gyldighet i seg selv.” (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 257).

4 Presentasjon og drøfting

4.1 Metodebeskrivelse

I all forskning er det viktig å finne det designet og den metoden som best kan bidra til å finne svar på det en ønsker å finne svar på (Fiva & Krogtoft, 2006). Som følge av problemstillingen min, opplevde jeg det naturlig, logisk og anvendelig å bruke en kvalitativ og fenomenologisk tilnærming, med et semistrukturert intervju som innsamlingsmetode. Vanlige etiske retningslinjer ble også fulgt i rapporteringsdelen. I kapittelet om metodetilnærming har jeg gjennomgått grundigere de ulike stadiene i intervjuprosessen, og vil her derfor bare kort beskrive noen trinn i prosessen.

Informantene ble rekruttert av velvillige logopedkollegaer som fant dem blant sine deltakere, og valgt ut etter kriterier som var satt av meg. Kontakt mellom informantene og meg ble etablert via telefon og informasjonsskriv med vedlagt samtykke-erklæring ble sendt ut. Da samtykke-erklæringen kom i retur, ble intervjuguiden formidlet. Utfyllende muntlig informasjon og videre kontaktetablering ble gjort flere ganger pr. telefon. Informantene bestemte selv tid og sted for intervju. Ut ifra informantenes tilbakemeldinger og mine egne opplevelser av samtalene, var det en god atmosfære i intervjusituasjonene og jeg oppfattet det slik at vi hadde en god kontakt og forståelse. Intervjuguiden var kategorisert i tre deler A. Afasiundervisningen, B. Relasjonen til logopeden, C. Informasjon, veiledning og samarbeid med hovedspørsmål og som ble fulgt i alle tre intervjuene. Oppfølgingsspørsmål ble gitt underveis for å klargjøre og utfylle informasjonen som ble gitt. Det transkriberte materialet fikk en fortettet form som likevel beholdt meningsinnholdet i det som var sagt. Noen uttalelser er ordrett gjengitt, det er sitater som er signifikante og gir uttrykk for deres tanker, erfaringer og refleksjoner. Noen sitater er "språkvasket" for ikke å stigmatisere disse menneskene. Jeg har ikke fulgt en bestemt analysemetode eller en formell eller spesifikk prosedyre, men har anvendt en mer eklektisk tilnærming ut ifra operasjonaliseringen av problemstillingen min i intervjuguiden (Kvale & Brinkmann, 2009). Presentasjon av funn og drøfting blir gjort fortløpende i tråd med intervjuguiden. Noen punkter er slått sammen i presentasjonen og drøftingen (se avsnitt 3.7).

4.2 Presentasjon av informantene

De tre informantene fikk alle slag for fem år siden. Ett av utvalgskriteriene mine var at informantene skulle hatt afasi i minst to år, at alle informantene hadde hatt afasi av like lang varighet var en tilfeldighet. Informantene var i alderen 45-65 år, det var to menn og ei kvinne. Alle var i følge dem selv, helt uten talespråk i begynnelsen, og det gikk flere måneder før de første ordene var på plass. De fikk alle tilbud om afasiundervisning fra starten av, fra akuttfasen på sykehuset til ulike rehabiliteringstilbud og da de kom tilbake til hjemkommunen. To av dem har fortsatt et undervisningstilbud og uttrykker tilfredshet ved det. Den tredje måtte avslutte undervisningen i fjor pga. ressursmangel, men ville gjerne hatt videre tilbud. Alle har relativt god forståelse og gjør seg verbalt forstått selv med sine språkvansker i form av ordleting, ufullstendige setninger eller oppstykket språk. De var ikke vanskelige å kommunisere eller samtale med, de var velvillige og hadde et tydelig ønske om å bidra, og jeg syntes de viste god utholdenhet. Alle tre utviste selvinnsikt i egne begrensninger, men hadde likevel sterkt fokus på bedring og mestring, og ikke minst et framtidsperspektiv med tro på og ønske om fortsatt språklig bedring! En annen faktor som også bidro positivt i alle tre intervjuene, var deres humor og selvironi. Ingen av informantene er forøvrig kommet tilbake i jobb og er derfor uføretrygdet.

4.3 Afasiundervisningen

Jeg synes det er viktig å understreke at vi skal være varsom med å betrakte afasirammede som en ensartet gruppe mennesker. Vi var forskjellige mennesker den gang vi var friske, og sykdommen eller skaden har ikke gjort oss mer like som mennesker. (Moldenes, 1993, s. 70).

Afasien arter seg forskjellig fra person til person. Alle mma har sine individuelle særpreg, sine individuelle afasiutslag, noe som gjør at afasiundervisningen må tilpasses den enkeltes forutsetninger og behov. Afasi kan påvirke alle livets områder; fysisk og psykisk, personlig og sosialt, deltakelse i dagliglivet og et generelt engasjement i samfunnslivet. Den kan sette begrensninger for full livsutfoldelse, for å kunne være i stand til å gi, delta og å motta, for å uttrykke og å få dekket behov. Som en konsekvens av å ha problemer med å kommunisere og i frykt for avvisning og stigmatisering og kanskje med en skadet selvfølelse, velger en del mma å isolere seg. (Eide & Eide, 2000; Lyon & Shadden, 2001; Simmons-Mackie, 2008;

Johannessen et al., 2010). "Afasi er derfor først og fremst et sosialt handicap. Det vanskeligste er ikke selve handicapet, men forandringene i forhold til andre mennesker. (...). Man må slåss for sitt eget selvbylde." (Moldenes, 1993, s. 76). Et mma kan gjennomgå ulike faser av krisereaksjoner, sjokk-, reaksjons-, bearbeidelses- eller nyorienteringsfasen, som det er viktig for en logoped både å ha bevissthet og kunnskap om i møte med deltaker. (Eide & Eide, 2000; Johannessen et al. 2010). Afasi kan føre til flere praktiske, psykososiale/sosiale og økonomiske vanskeligheter for deltakerne og deres pårørende og som kan bidra til eller forsterke psykiske vansker.

Et menneske som har fått slag og afasi har behov for rehabilitering av ulik art, og afasiundervisningen er en del av dette tilbudet. Logopeder har ulikt teoretisk ståsted som vil prege deres tilnærming til afasi og undervisning. Det vil av den grunn også være ulikt syn på hva som ligger innenfor logopedens rolle og arbeids- og ansvarsområde i undervisningen. Noe vil også preges av logopedens kompetanse, personlighet, verdigrunnlag og hvilken kontekst logopeden jobber i med tanke på muligheter, ressurser og tradisjon. Uansett logopedens teoretiske og praktiske tilnærming, vil afasiundervisningen være begrunnet og initiert av at:

(...) skilled intervention enables many individuals to be able to comprehend and produce language and to communicate more effectively. Through intervention, aphasiologists attempt to heighten each patient's potential to function maximally within his or her environment, to facilitate meaningful relationships, and to restore self-esteem, dignity, and independence. (Wepman, 1972a, ref. i Hallowell & Chapey, 2008, s. 15).

4.3.1 Afasiundervisningens betydning for informantene

"Ville ikke vært der jeg er i dag uten undervisningen. Nei, ikke i det hele tatt! Har hjulpet meg masse!". "Det har vært veldig tøft. Bra, men tøft. Var mye jeg ikke skjønnte, men det kom jo etter hvert. Alt var jo positivt i undervisningen for å si det sånn, opplevde ikke noe negativt". "Den (undervisningen) har vært en positiv opplevelse. Jeg har vært drittlei undervisningen! Etter 2 år så tenkte jeg at jeg gidder ikke mer, men jeg fortsatte! Det er meg det kommer an på, men undervisningen er bra for meg".

Informantene er entydige i at afasiundervisningen har hatt språklig og kommunikativ betydning for dem. Logopeders erfaring, afasilitteratur og forskning dokumenterer også dette

(jf. teoridelen), noe som i seg selv er positivt og betryggende. Selv med ulik grad av helhetstenking til tilnærming, er en språklig og kommunikativ bedring et mål for alle afasitiltak. Jeg spurte informantene om undervisningen på noen måte hadde fått følger for deres livssituasjon, konsekvenser på områder som bedret kommunikasjon med/relasjon til pårørende/venner, om den hadde bidratt til økt selvtillit, større trygghet og selvstendighet eller andre faktorer. Det å gjenerobre språket i større eller mindre grad, er i seg selv en stor og positiv konsekvens som får ringvirkninger for mma og deres nærpersoner, noe som informantene også bekreftet. Ingen hadde likevel noe spesielt å legge til av andre konsekvenser av undervisningen.

Om det ikke blir direkte uttalt av informantene, vet en hva språk og muligheten for å kommunisere og uttrykke seg betyr for et menneske, det å kunne snakke til og med andre mennesker. Det skaper og former identitet og selvilde, det gir en mulighet til å uttrykke behov, følelser, tanker, det gir mulighet for interaksjon, samhandling med omgivelser/medmennesker, det gir mulighet for autonomi og kontroll, det bidrar til å uttrykke kompetanse og vinne respekt.

(...) each communicative interaction has the potential to disrupt one's self-image as a competent person. The cycle of communication breakdown, changed social roles, and loss of identity can undermine the goals of aphasia therapy. Therefore, a positive outcome depends on the development of a healthy sense of self with aphasia (Brumfitt, 1993; Byng et al., 2000; Sarno, 1993a, 1993b, 1997, ref. i Simmons-Mackie, 2008, s. 307).

Det er ikke uten grunn at afasilitteraturen forteller om og forskning har vist at lav selvfølelse, depresjon og isolasjon er vanlige følger av denne språklige/kommunikative "breakdown'en" (Band & Legg, 2001, ref. i Kagan & Duchan, 2004; Cruice, Worall, Hickson & Murison, 2003; Worrall et al., 2006-2008; Hallowell & Chapey, 2008). I løpet av samtalene med de tre informantene kom det fram ulike refleksjoner de hadde hatt i møte med både kjente og ukjente mennesker. Dette var opplevelser de mente var konsekvenser av å være mennesker med en språk- og kommunikasjonsvanske:

"Hvis jeg spør om noe i byen, så går folk forbi. Har møtt kollegaer, men de snur eller går forbi. Sånn er det". "Det er veldig mange som ikke skjønner hva jeg har vært

gjennom. Du ser jo så bra ut, sier de. De skjønner ikke at jeg har vært syk! Først nå snakker jeg litt, har vært så redd for dette her, vet du! Nå kan jeg i hvert fall si litt!"

Afasiundervisningen har sin berettigelse ut ifra behov, rettighet og dokumentert effekt (Opplæringslova, 2010; Bhogal et al. 2003; Worall, 2006; Cherney & Robey, 2008; Hallowell & Chapey, 2008; Helsedirektoratet, 2010). Mine tre informanter var fornøyde med det tilbudet de hadde fått, og to av dem fortsatt har. Alle ønsker å fortsette med undervisning i en eller annen form. Selv etter 5 år merker de fortsatt framgang og er motivert for å jobbe med språket/kommunikasjonen! *"Har masse igjen å lære! Alt av tilbud hjelper til. Jeg prioriterer logopeden foran alt annet". "Jeg blir bedre og bedre dag for dag". "Jeg kunne gjerne ha prøvd enda mer undervisning"*. En av informantene fikk ikke mer undervisning pga. prioritering av språklig dårligere stilte deltakere.

Jeg skal ikke her drøfte/ kommentere eller vurdere kommunenes ressursbruk og plikter i forhold til mma, ei heller den faglige diskusjonen om undervisningstilbudets varighet. Det jeg likevel vil presisere her er hva "Opplæringslova og forskrifter"(2010) sier i merknader til § 4A-2 (2002): "Opplæringa skal ha eit omfang, eit innhald og ei lengd som gir den vaksne sjanse til å nå dei måla det i kvart tilfelle er realistisk å setja opp." (s. 102). Og i følge Helsedirektoratet: "Pasienter med afasi bør få logopediske tiltak raskt og i tilstrekkelig mengde og hyppighet. Den afasirammede og de pårørende bør få opplæring, hjelp og støtte rettet mot det å mestre en tilværelse med språk- og kommunikasjonsvansker." (Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, 2010).

Når det gjelder de rent faglige argumentene for afasiundervisning viser jeg til avsnitt 2.4, underavsnitt 2.5.2 og 2.5.3. Det er viktig og riktig at deltaker får et tilbud av lang nok varighet. Det vil kunne diskuteres faglig og ressursmessig/økonomisk hva som er "lenge nok" (Slaatsveen & Dalåmo, 2011). Uansett må en skjele til deltakers motivasjon og behov, kapasitet og forbedringspotensial i slike vurderinger og avgjørelser. Det er også i dag større kunnskap og bevissthet om hjernens elastisitet og at det er helingspotensial som kan vedvare i mange år etter slag (Parr, Paterson & Pound, 2003; Lyon, 2004; Morris, Howard & Kennedy, 2004).

Alle informantene opplevde det positivt å kunne delta og samtale i grupper, møte andre mma. For de fleste mma vil det i starten være helt nødvendig å ha en-til-en undervisning. Etter hvert profiterer mange på å være i en gruppe sammensatt av mennesker som alle har en form for

språk- eller kommunikasjonsvanske. Det i seg selv å treffe "likesinnede" kan oppleves positivt og lærerikt, en opplever samhørighet, forståelse og støtte. Det utveksles både formelt og uformelt erfaring, informasjon og gode tips/råd mellom deltakerne som kan bidra til personlig utvikling og kompetanseheving. Å delta i en gruppe innebærer å være i en sosialiseringssprosess, og noen mma trenger å "friske opp" igjen den ferdigheten som trengs i en samtalesetting – vente på tur, lytte, ta ordet og argumentere. I en gruppe kan det også utspille seg en samtale som oppleves mer naturlig og ekte, en autentisk samhandling mellom flere personer. (Kearns & Elman, 2008; Berntsen & Røste, 2010; Qvenild et al., 2010).

Jeg vil trekke fram et interessant funn som ble gjort i alle tre intervjuene. Alle informantene har deltatt på Habiliteringstjenestens såkalte "Hjernescole". Alle framhever denne som et veldig godt tilbud. Det er flere faktorer som framheves som positive. Dette er et intensivt tilbud over en periode (3 dager over 12 uker). Det er sammensatt program av ulike aktiviteter og oppgaver ledet av et tverrfaglig team bestående av logoped, (nevro)psykolog, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og spesialpedagog. Alle tre opplevde det positivt og konstruktivt å bli utfordret på flere områder og syntes det var bra med en mer helhetlig tilnærming og vektlegging. Ved å være flere sammen i ulike settinger blir også den sosiale delen en viktig faktor i opplegget. Dette tilbudet har også fokus på pårørendearbeid. Dette er et tilbud bygd opp av et team med allsidig og bred kompetanse og med ressurser som ikke er vanlig i en ordinær afasiundervisning. Likevel synes jeg det er verd å legge merke til den entusiasmen og tilfredsheten informantene tilkjennega når de fortalte om dette tilbudet. Her er det kanskje et konsept vi kan lære noe av? Er det mulig med våre mere begrensede midler, ressurser og tverrfaglige kompetanse å gjøre afasiundervisningen mer helhetlig og allsidig? Hva kan vi gjøre for at den kan oppleves slik? Dette er erfaringen til kun tre mma. Det kan være nyttig å lytte til flere som har hatt dette tilbudet og spørre dem om noe av dette ville være overførbart til og konstruktivt i deres egen undervisning. Det er viktig at afasiundervisningen "treffer" de det gjelder, at den får en virkelig nytteeffekt og bidrar reelt til en bedring i hverdagslivet til mma. Dette bør derfor være en kontinuerlig søken for deltaker og logoped i samarbeid (Pound et al., 2000; Kagan & Duchan, 2004).

4.3.2 Informantenes ønsker for og motivasjon til afasiundervisningen

Rett etter at slaget og afasien hadde inntruffet, hadde ingen av informantene et talespråk. De var preget av slaget både fysisk og psykisk. Forvirring og manglende forståelse var framtrедende for to av dem.

"Da visste jeg ingenting! Klarte ikke å snakke i det hele tatt! Visste ikke hva det var å pusse tenna en gang!". "Jeg bare gikk i korridorene. Hadde ingen tanker om noe".

"Etter tre måneder kunne jeg si ja og nei, that's it!".

En av informantene hadde i følge ham selv auditiv forståelse hele tiden. Det ble naturlig nok en del fliring og humor med tanke på det bakteppet som er skissert ovenfor, da jeg spurte dem om de hadde hatt noen tanker, forventninger eller ønsker i forhold til afasiundervisningen! I begynnelsen var det nok å leve og prøve å finne ut av den nye livssituasjonen! Som logoped med levende interesse for språk og en brennende iver etter å hjelpe disse "språkløse" menneskene, er det lett å glemme at det kan være andre ting i tilværelsen hos mma som oppleves som viktigere og mer akutt i starten enn det å ikke kunne snakke. For alle tre var det selvsagt et ønske og et mål for undervisningen å kunne snakke igjen. *"Jeg håpet jo i hvert fall å kunne snakke litt granne da".*

Det er faglig sett liten diskusjon om at det er viktig med tidlig igangsetting av tiltak, stimulering i forhold til språk og kommunikasjon (Mlcoch & Metter, 2008; Stoller, 2010). De aktuelle tiltakene vil variere i grad og omfang avhengig av deltakers helse- og språksituasjon. Selv om det er viktig med tidlig stimulering, skal en også være varsom. Deltaker kan oppleve stor frustrasjon, forvirring og fortvilelse over dette som logopeden prøver å få ham/henne til å delta i. Tiltak må ikke virke som en katalysator for økte psykiske belastninger i en allerede skjør almenntilstand. Derimot kan det være ytterst verdifullt at logoped hele veien prøver å gi informasjon til både deltaker og familie/pårørende og være tilstede for dem (Parr et al., 1997; Sarno, 2004).

"Men senere da, i rehabiliteringsfasen når du var blitt litt bedre – hadde du noe konkret du ønsket å jobbe med, noe som var spesielt viktig for deg å lære?". "Ble dine ønsker lyttet til, satte du dagsorden for timene?", var mine neste spørsmål. Alle informantene hadde hatt noen få konkrete ønsker for arbeidsoppgaver/innhold i timene og fikk gjennomslag for disse. Det gjaldt lesing, skriving, regning, bruk av data og et fremmedspråk. Evnen til å lese, skrive og regne er ferdigheter som kartlegges, diagnostiseres i afasiundervisningen. Ofte er flere

språkmodaliteter rammet, ikke bare talen, så dette er vanlige og naturlige elementer å jobbe med i afasiundervisningen, der det er ønskelig og nødvendig. Ut ifra hva informantene fortalte, virket det som om det stort sett var logopedene som la føringen for hva det var behov for å jobbe med for hver enkelt og i hvilken form dette skulle gjøres. Jeg var forundret over deres "avslappede" forhold til det å sette dagsorden, til å være mer delaktig og medansvarlig i eget undervisningsopplegg. De hadde riktig nok noen få ønsker for hva de ville jobbe med i timene og som ble tatt til etterretning, men de virket ellers fornøyd eller innforstått med at logopedene hadde styringen. *"Jeg var så borte vekk i hodet mitt, jeg bare var med jeg! Alt var bedre enn ingenting du!". "Du har ikke tanker eller ønsker, du vet jo ikke noe!"*. Denne egenerklærte tilstandsrapporten kan kanskje ikke sees på som helt "objektiv". Likevel: "Når det dreier seg om intervjuer, kan det godt være at intervjupersonen ikke "forteller sannheten" om de faktiske forhold, men utsagnene kan likevel godt uttrykke sannheten om personens oppfatning av seg selv." (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 256)

Denne tilstandsrapporten gir ikke et helt sannferdig bilde av den enkeltes ressurser og kompetanse, den overskygges ofte av afasien og preger deres egen selvoppfattelse. Kagan (1995) hevder afasien skjuler menneskets iboende kompetanse (ref. i Chapey et al., 2008). Det kan for mange være en helt reell erfaring og virkelighet at de følte seg "borte vekk" i en periode i starten, at de var for syke eller ikke evnet eller orket å reflektere og å foreta valg. Språkvansken i seg selv kan vanskeliggjøre det, og en del mma kan i tillegg ha ulike krisereaksjoner. Samtidig er det lett for at omgivelsene skaper denne tilkortkommenhetsfølelsen hos mma. Når språket ikke er "normalt fungerende" stigmatiseres ofte mennesker. Språket er et symbol og uttrykk for identitet og et kriterium for kommunikasjon og samhandling. Den språklige defekten påvirker og preger bevisst og ubevisst hvilken helhetsoppfatning mennesker har av mma (Simmons-Mackie, 2008; Qvenild et al., 2010).

Først som slagpasient og senere som deltaker i et undervisningsopplegg, er mma i relasjoner med ujevn maktbalanse, som omfatter bl.a. kunnskap, erfaring, kompetanse og et sosialt hierarki, som kan påvirke deres selvhevdelse og selvbylde. Det kan oppleves at eller det reelt gis liten mulighet eller åpning for å hevde sin rett, være delaktig og medansvarlig i egen rehabiliteringsprosess. Logopedene innehar ekspertrollen med sin fagkompetanse, han/hun definerer deltakers problem og behov og avgjør hvilke tiltak som skal iverksettes (Hewitt & Byng, 2003; Byng & Duchan, 2005; Worrall, 2006). "Many people with aphasia are unsure

about what to expect from speech and language therapy and come to therapy anticipating that the therapist will know what is best for them." (Pound et al., 2000, s. 47). "Når det så kommer en fagperson inn (...). Da er det nærliggende at pasienten, klienten, brukeren, eleven (eller den betegnelsen man vil bruke på en eldre person under rehabilitering) underkaster seg autoriteten og slett ikke insisterer på egen styring." (Tangerud, 2001, s. 511). Hvis vi som pedagoger ikke oppmuntrer deltaker til samarbeid, involvering og til å fremme ønsker og behov, umyndiggjør vi dem og bidrar ikke til "hjelp til selvhjelp" og egenutvikling! (Kagan & Duchan, 2004). Ett av empowerment-tenkningens mål er å endre maktforhold i dialog og samarbeid – la deltaker få reell makt og kontroll over eget liv. Det forutsetter at logoped er villig til å gi fra seg makt ved å la deltaker bli en likeverdig partner, la hans/hennes meninger og oppfatninger være med å styre prosessen og la deltaker bestemme innhold og organisering av tiltak (Holland & Ramage, 2004; Byng & Duchan, 2005; Worrall, 2006). "(...) make the focus of treatment a joint decision, of the aphasic person, his family and lastly, you. Therapy is a collaborative undertaking, and a collaborative commitment. (...). Challenge, encourage personal responsibility and ownership, (...)." (Holland & Ramage, 2004, s. 127). Andersen et al. (2000) mener at det burde være en selvskreven og demokratisk rett for alle mennesker å ha rett til å ha en mening, å bli hørt, å kunne definere sin egen virkelighet og å delta i beslutninger som angår en selv. På tross av lovverk og antatte allmenne rettigheter, er det ikke realiteten for en del klientgrupper (her mma). Logoped, virksomhet og samfunn setter ofte mal for hva som er mulig og aktuelt av tilbud, tiltak og ressurstildeling. Det er ikke alltid disse er tilpasset den enkeltes deltakers behov og ønsker (Askheim, 2003; Byng & Duchan, 2005; Worall, 2006; Simmons-Mackie, 2008). Jeg siterer noen utsagn fra Worall's artikkel fra 2006:

Their (mma, min tilleggsinformasjon) criticisms targeted the availability and accessibility of the aphasia therapy, the nature and appropriateness of the aphasia therapy, the adequacy of the aphasia therapy in terms of intensity and duration, and the way therapy was ended by the speech-language pathologist. (...). There is also emerging evidence of a mismatch between clients' goals and the speech-language therapy provided. (...). Speech-language pathologists have also identified mismatches between what the therapists valued as success in therapy and what the client valued. (s. 321, 322).

Å gi fra seg makt, betyr ikke det samme som ansvarsfraskrivelse fra logopedens side. Logopeden har et faglig ansvar for at det ikke settes urealistiske mål, og han/hun har et faglig og moralsk ansvar for å samarbeide, motivere, veilede og bistå med sine kunnskaper og sin kompetanse i hele prosessen (Pound et al., 2000; Lyon, 2004). I dialogen mellom deltaker og logoped fremmes ny kunnskap, erkjennelse, bevisstgjøring og refleksjon hos begge parter. I slike tette samarbeidsformer er det viktig for partene å metakommunisere – samtale om dialogen, samarbeidet, relasjonen mellom partene, maktforholdet og om selve undervisningsopplegget (Lauvås & Handal, 2000).

En skal være oppmerksom på at å bli gitt makt eller legge forholdene til rette for å ta makt, kan i seg selv forsterke en allerede avmakts- og underlegenhetsfølelse hos deltaker. Selv om en logoped ønsker å jobbe etter slike prinsipper, kan det være vanskelig å gjennomføre denne tilnærmingen pga. organisatoriske forhold som arbeidsgiver, samarbeidspartnere eller formelle rammer (Andersen et al., 2000; Slettebø, 2000; Askheim, 2003).

Jeg vender tilbake til noe av dette i underavsnitt 4.3.3 og 4.4.1.

"Har du vært motivert for afasiundervisningen?", spør jeg videre.

"Det har ikke vært noe problem – alternativet, hva ville det være?". "Ja, det har jeg vært. For du vet, jeg skulle jo bare klare det jeg! Kunne ikke sitte sånn og ikke skjønne noe? Så jeg måtte prøve alt mulig". "Jeg har vært drittlei undervisningen! Etter to år så tenkte jeg at jeg gidder ikke mer, men jeg fortsatte. Jeg går videre og videre, og språket blir bedre og bedre dag for dag".

Disse utsagnene vitner om vilje, pågangsmot, håp og tro på stadig bedring. Alt dette er en utrolig drivkraft i seg selv, men også grunnleggende og essensielt for undervisning og utbytte. Motivasjon er en sterk pådriver i nye læringsoppgaver og det krever tro på seg selv, derfor er det viktig å bli møtt med forståelse og støtte (Befring & Tangen, 2001).

4.3.3 Tok undervisningen utgangspunkt i deres "livsverden" og deres kompetanse?

Dette punktet i intervjuet tangerer forrige spørsmål om informantenes ønsker for undervisningen (og til en viss grad neste spørsmål om undervisningsmål), men jeg har valgt en litt annen vinkling til spørsmålet her.

Den generelle erfaringen var at de følte det ble tatt hensyn til deres situasjon, dagsform og deres språklige ferdigheter og "nivå" i forhold til tilnærming og arbeidsoppgaver. Den ene informanten ønsket hjemmeundervisning og det ble innfridd. De hadde som sagt noen ønsker angående enkelte emner i undervisningen som ble lyttet til. *"Dem gjorde så godt dem kunne hele tida. De tok hensyn". "De prøvde å få meg til å lære så mye som mulig"*. Jeg spurte dem om det i samtaletema eller arbeidsoppgaver ble tatt utgangspunkt i deres nåværende livssituasjon, deres tidligere yrkeserfaring, kompetanse, interesser, hobbyer e.l. Ut ifra hva de husket hadde ikke dette vært gjort. I starten kan det være vanskelig for deltaker å formidle slik informasjon til logoped. Da er det nyttig og nødvendig å bruke familie eller nærpersioner for å få tak i denne type informasjon. Senere kan deltaker selv supplere og fortelle mer. Å bruke noe som f.eks. er kjent og nært for deltaker, noe som har tilknytning til noe han har mestret tidligere eller vært god på før, er faktorer som kan være motiverende, nyttige og en døråpner i undervisningen. Livet før slaget og afasien er fortsatt representert i mma; all yrkes- og livserfaring, kompetanse og interesser. Dette er verdifull og interessant informasjon og kunnskap som kan brukes i undervisningen! Ved å etterspørre dette gir logoped også uttrykk for interesse og respekt for deltaker.

Den sosiale tilnærmingens grunnholdning, empowerment- og spesialpedagogisk tenkning og praksis er nettopp å ta utgangspunkt i den enkeltes situasjon, ta utgangspunkt i deltakers ressurser og kompetanse, se på muligheter og ikke fokusere på begrensninger (Andersen et al., 2000; Lassen, 2001; Parr et al., 2003). Deres "livsverden", deres ønsker/behov skal prege og forme hele undervisningsprosessen, sette agenda. Worall (2006) hevder at logopeder ikke lytter helt og fullt til deltakers ønsker og behov. Hun mener vi er for lite deltaker-fokusert og at det fører til et dårligere utbytte av undervisningen for deltaker. Hewitt & Byng (2003) påpeker viktigheten av å involvere mma, få dem engasjert i planlegging og valg angående egen undervisning. La mma bli aktive deltakere som føler seg verdsatt og som igjen kan generere selvfølelse, egenverd, mestring og kontroll. Ved å involvere mma, kan det føre til at undervisningen oppleves som virkelig hensiktsmessig, personlig meningsfull og verdifull, relatert til egen virkelighet og det virkelige liv, strukturerende, utfordrende og mulighetssøkende. Forutsetningen for dette er samarbeid og respekt mellom partene. Logopeden må gi slipp på ekspertrollen og la mma sine egne erfaringer, kunnskaper og vurderinger få plass i tilnærmingen. Logopedens rolle/oppgave blir å bidra til forståelse og bevisstgjøring av deltakers problem og livssituasjon, å avklare problem, å identifisere muligheter og reflektere over konsekvenser av valg, å avdekke, styrke og bekrefte deltakers

ressurser. Logoped stiller sin kunnskap og kompetanse til disposisjon for deltaker og viser respekt for deltakers selvbestemmelsesrett (Byng & Duchan, 2004).

I Storbritannia er det utenfor det offisielle helsevesenet en organisasjon som kalles "Connect", som tilbyr mennesker med kommunikasjonsvansker et undervisningsopplegg som har som mål å få mma til igjen å kunne delta i eget liv og samfunnsliv. Målet er ikke å være i stand til å kommunisere som før, men til å tenke på kommunikasjon på en annen måte, gjenfinne egen identitet og livsstil med afasi – lære seg å leve med afasi på best mulig måte. "(...) we do achieve to enable many people to cope more easily with the complexities, uncertainties and difficulties of living with aphasia, and being a person with aphasia, as well as enhancing communication skills." (Hewitt & Byng, 2003, s. 60). Nøkkelen til utbytte, ifølge deres tankegang, er å ta utgangspunkt i deltakers livssituasjon, deres behov, se på mma som ekspert og logoped som samarbeidspartner og veileder, verdsette engasjement og deltakelse. ICF (2003) understreker også viktigheten av deltakelse og aktivitet.

We sense a general movement away from seeing therapy as an opportunity just to learn to *do* things, towards creating opportunities where people living with aphasia can *be* and *feel* valued, and in so doing find a way of connecting their new day-to-day lives with who they are (or want to be) as people. This is therapy as engagement, not just participation, in life. (Hewitt & Byng, 2003, s. 63).

4.3.4 Undervisningsplan, mål, innhold og metode

Ingen av informantene hadde opplevd å ha en skriftlig plan for afasiundervisningen sin.

Det er ulik praksis til dette å sette opp en undervisningsplan for mma. Noen logopeder er pålagt av arbeidsgiver å utarbeide en IOP (hjemlet i opplæringslova § 5-5) i samarbeid med deltaker. Det kan diskuteres om en IOP i hele sin bredde og dybde er et nyttig og nødvendig redskap i undervisningen for mma. Å arbeide med mma er lite forutsigbart, det følger ikke en oppsatt plan eller progresjon og det kan komme nye og uventede elementer inn som påvirker situasjonen. Undervisningen kan ikke være for planlagt, det må være rom for det aktuelle og umiddelbare i arbeidet med mma. Det er også viktig å la mma få erobre litt selv, la dem oppleve å være sin egen drivkraft. Likevel er det alltid nyttig for en pedagog å ha en plan, en oversikt over undervisningen for en periode framover. En plan som sier noe om deltakers forutsetninger, ønsker og mål for undervisningstilbudet, innhold, metoder og evaluering.

Dette er en plan som må være justerbar og åpen for nye innspill (Dalen & Ogden, 2008). Dette blir et skriftlig, veiledende dokument for både deltaker med pårørende og logoped.

"Ble det satt opp noen mål for afasiundervisningen din?", spør jeg. I gruppeundervisningen som den ene informanten hadde deltatt i, var det noen uformelle mål om at de etter hvert skulle kunne presentere seg selv og huske nyheter fra avis eller TV og formidle disse til de andre på gruppa. Ellers var det for alle tre ikke satt opp spesifikke, skriftlige mål for hver enkelt av dem. På spørsmål om de kunne tenkt seg at det hadde vært satt opp mål, egendefinerte eller som logopeden hadde formulert, kom det tre ulike svar. En hadde ikke noe formening om det. En syntes det hadde vært greit slik det var, *"jeg var med på det dem (logopedene) bestemte. Jeg synes det var fint for meg, jeg altså"*. Tredjemann ville ikke likt at det hadde blitt formulert mål, hans svar var: *"Nei, egentlig ikke, for da gir en opp (hvis en ikke når dem), blir bare deprimert. Det har jeg heldigvis sluppet!"*. Et interessant utsagn å høre for en pedagog! Dette er et uttrykk for målsettingens bakside, nemlig å ikke nå det oppsatte målet og hva det kan medføre. Mm trenger ikke bli påminnet om tilkortkommenhet og begrensninger og oppleve stadige nederlag. De trenger erfaring med mestring! I mye av faglitteraturen både innenfor spesialpedagogikk og afasi vektlegges nettopp dette å sette mål for undervisningen, og som det er skrevet om i teoridelen, presiserer den sosiale tilnærmingen deltakers medvirkning i denne prosessen. Mål skal settes på deltakers premisser, med faglig bevissthet fra logopedens side og overkommelighet i forhold til oppnåelse for deltaker.

The goals set should relate directly and explicitly to the key problems, thus ensuring that the therapy will be relevant and meaningful to the client. (...) goals should be explicit, realistic, finite, measurable and time-bound. This ensures that therapist and client have a shared understanding of the intended outcomes of therapy, and permits a meaningful evaluation of effects. (Pound et al., 2000, s. 54-55).

I samtale med deltaker og evt. pårørende kan det komme fram ønsker, behov og tanker om mål for undervisningen. Logoped må derfor legge til rette for slike samtaler gjennom hele rehabiliteringsfasen, og virkelig lytte til det deltaker sier. Å være deltakerfokustert innebærer å ta på alvor og vise respekt for det som blir sagt. Mm kjenner oftest sine egne begrensninger og styrker best, og vet hvor "skoen trykker". Likevel kan det virke som om vi logopeder ikke er flinke nok til å høre på våre deltakere. Hvorfor det tro? Er vi fortsatt i ekspertrollen, "dette har vi kunnskaper om og har vi erfaring med"? Har vi ikke tro på at mm klarer å uttrykke ønsker og behov eller skjønner eller har forutsetninger for å forstå "hva som er best for dem"?

Hvilken oppfatning har vi av mma? Ved å velge en mer deltakerstyrt prosess, er logopeden redd for å miste faglighet, autoritet eller kontroll? Kan det virke litt skremmende og krevende med en "ny", annerledes tilnærming? Som skrevet før i oppgaven preges logopeden av sitt teorigrunnlag som igjen påvirker dens tilnærming til afasi og undervisningsmetodikk. Det kan være noe i Byng's (1995) kritikk av logopedenes implisitte praksis (jmf. teoridelen). Kanskje er det lett å sette på "autopiloten" og glemme at hvert enkelt mma er forskjellig med ulike behov, begrensninger, styrker, ulik kompetanse og livssituasjon. Det er nettopp ut ifra det enkelte mma sine behov en kan sette mål for undervisningen, hva det ønsker å arbeide mot og prøve å oppnå! Både Worrall (2006) og Worrall et al. (2006-2008) går til felts mot egen yrkesgruppe og kritiserer logopeder for ikke å lytte til deltakernes behov. Det er ikke nødvendigvis samsvar mellom deltakers og logopeds mål for afasiundervisningen. Worrall (2006) refererer i artikkelen sin til forskjellig forskning (Simmons-Mackie & Damico, 1999; Kagan & Duchan, 2004; Morris, Howard & Kennedy, 2004) som viser at logopeder fortsatt er språkskedefokusert, mens deltaker har et videre perspektiv på afasiens konsekvenser som får avgjørende betydning for hva det er aktuelt å arbeide med. Hvis ikke mål blir satt med utgangspunkt i deltakers behov, kan undervisningen oppleves som lite utbytterik, irrelevant, meningsløs, lite brukerfokusert, nedlatende eller uoppnåelig. Pound et al. (2000) referer til en undersøkelse Horton et al. (1998) gjorde som bekrefter dette misforholdet mellom deltakers og logopeds perspektiv på undervisning og om hvor mye deltaker skal involveres i beslutninger angående undervisningen.

Speech and language therapists may continue to find themselves in contexts in which the medical model is the dominant paradigm (...). (...) the therapist as expert and the aphasic person as recipient of the expertise. (...). Within the traditions of more conventional assessment, it may also be that limited consideration is given to the barriers that prevent the individual from achieving personal autonomy. (s. 46, 47).

Worrall (2006) avslutter sin artikkel med bl.a. å si at det er ikke så enkelt som å si at logopeder ikke ønsker å involvere deltaker, eller ikke vil eller ser nytten av å lytte til dens behov. Dette har noe med tradisjon, praksis og verdier å gjøre. Det trengs kanskje en dreining til mer brukersentrert undervisning og samarbeid, og logopeder trenger veiledning og verktøy til å endre tankegang, holdning og praksis.

Som det har kommet fram tidligere i oppgaven, har informantene hatt noe innvirkning på undervisningens innhold og arbeidsmetoder, men logopeden har hatt hovedregien av

undervisningen. Alle tre informantene var stort sett fornøyd med logopedens oppgaver, og opplevde dem relevante, dagsaktuelle, interessante og motiverende. Det var naturlig nok noen oppgaver som ikke fungerte like godt. *"Var med på alt, alt var positivt. Snakket ikke bare om været, men om nyheter – snakket ordentlig!"*. *"Noen oppgaver var greie, andre ikke"*. *"Å bruke gamle aviser er ikke morsomt, det er ikke interessant"* (informanten siktet her til "Klar Tale" en lettlest ukeavis som er mye brukt i afasiundervisning). Å samtale oppfattes som viktig av alle informantene. *"De (logopedene) skal holde kjeft, så skal jeg snakke!"*, sier informantene og humrer og flirer.

Gruppesamtalen blir trukket fram som spesielt nyttig og konstruktiv, og alle opplevde gruppeundervisning som et positivt undervisningstilbud. *"På Solvang snakka vi mye i grupper, det var bra"*. *"Å snakke sammen i gruppen, det synes jeg var veldig fint"*.

Samtalen i en gruppe kan oppleves som en mer reell og autentisk samtalesituasjon enn en-til-en samtalen med logoped. Samtidig krever den ofte mer av deltaker. Her er det flere mennesker å forholde seg til, mer input og mer uro/støy, en skal holde turtaking, forholde seg til gruppestruktur, osv. I tillegg til samtalen, var det en positiv erfaring for informantene å være sammen med likesinnede, møte mennesker som deler deres opplevelser og erfaringer med afasi. Det kan oppstå en egen forståelse og samhold i en slik gruppe, og det er en arena for gode råd og informasjonsformidling.

4.3.5 Evaluering av afasiundervisningen

En av informantene svarte bekreftende på spørsmålet mitt om evaluering. *"Ja, kanskje hvert halvår"*. Ellers fikk alle uformelle tilbakemeldinger om framgang og alle opplevde logopeden som oppmuntrende og støttende. Ingen kunne huske at logopeden hadde foretatt tester av noe slag.

Det er viktig med en løpende, ærlig og positiv tilbakemelding til deltaker som motiverer, oppmuntrer til videre arbeid og som kan gi håp om fortsatt framgang. De fleste av oss synes det både er stimulerende og velfortjent med et klapp på skulderen etter velgjort arbeid. Et mma kan trenge ekstra mange slike klapp på skulderen i sin nye, vanskelige og fremmede livssituasjon. Å evaluere er kanskje enklest å gjøre når en har et håndfast, konkret utgangspunkt å måle framgang opp imot. Derfor er det nødvendig å gjøre en type kartlegging av deltaker i starten for å se hvilke tiltak som er aktuelle å sette inn og etter hvert gjøre en

vurdering om, en måling av framgang. En logoped vil ofte si at en har en kontinuerlig diagnostiserende tilnærming til undervisningen som medfører en løpende vurdering av deltakers språk- og kommunikasjonsvanske og andre faktorer. Det har blitt mer og mer fokus på dokumentasjon av undervisning og logopedpraksis både fra det faglige miljøet, men også fra arbeidsgiver og oppdragsgiver (Corneliussen, 2005; Lind & Haaland-Johansen, 2010). En bevisstgjøring om hva en gjør og stille spørsmål til hvordan og hvorfor en gjør det, er ikke ukjente didaktiske og metodiske spørsmål i pedagogikken. I den sosiale tilnærmingen blir hele planarbeidet sett under ett fra målsetting til evaluering, og hvor deltaker og evt. pårørende er aktive under hele prosessen i samarbeid med logoped. En klargjøring og bevisstgjøring om hva en holder på med, hva undervisningen inneholder og består av og hvor den bærer hen, bør være grunnleggende betraktninger og vurderinger som begge parter må gjøre. Samtidig som presset øker på dokumentasjon og evaluering, skal logoped holde fokus på det det dreier seg om – å bruke sin kompetanse, erfaring og tid i møte med mma! Velger en logoped å arbeide etter en sosial tilnærming, vil deltaker sette agenda i dialog og samarbeid med logoped. Det blir da deltakers vei mot egendefinerte mål som skal evalueres. Worrall (2006) stiller spørsmål om hvem sine mål det er som blir evaluert – logopedens eller deltakers? Og hvem skal måle og avgjøre utbytte eller suksess av undervisningen – logoped eller deltaker? I følge forskning som jeg har referert til tidligere, har vi logopeder, som ønsker å jobbe etter en sosial tilnærming, et stykke igjen før vi kan si at vi driver reell deltakerstyrt afasiundervisning.

4.4 Relasjonen til logopeden

En kan vel gjerne si at jeg som logoped ikke er den mest objektive eller habile personen til å spørre deltakerne om hvordan de har opplevd afasiundervisningen eller hvordan forholdet til logopeden har artet seg. Det er selvsagt grunn til å tro at informantene kunne være tilbøyelige til å svare høflig eller det de trodde jeg forventet på mine spørsmål slik at det ikke skulle bli vanskelig eller ukomfortabelt for verken dem eller meg. Kanskje fikk jeg noen "høflige" svar, det kan jeg ikke bedømme, men mitt inntrykk var at informantene var ærlige, uredde og forekommende. De viste vilje til og ønske om å delta i prosjektet og på den måten kanskje bidra til større kunnskap om hvordan mma erfarer afasiundervisningen.

4.4.1 Samarbeidet med logopeden og atmosfæren i timene. Logopeden som fagperson og veileder.

Alle de tre informantene hadde hatt opp til flere logopeder gjennom rehabiliteringsfasen. Og det er flott når bortimot alle logopedene får utelukkende godt relasjons-skussmål av sine deltakere! Informantene har opplevd relasjonen, forholdet til logopedene som bra og samarbeidet positivt. Det kommer imidlertid lite informasjon fram om grunnlaget for samarbeidet. Ut ifra slutninger en kan dra av informasjonen i underavsnittene 4.3.2-4 har logopedene til en stor/viss grad satt agendaen for undervisningen, med noe deltakerinvolvering.

"Helt fint samarbeid. De er så snille så! Kjempehyggelig stemning". "Fint samarbeid, veldig fint. God atmosfære i timene". "Samarbeidet med to av dem var innmari bra, hadde god humor sammen med dem. Stort sett bra stemning, men noen oppgaver var dårlige. Etter hvert da jeg kunne snakke, så kunne jeg si ifra hva jeg mente om saker og ting". "For en gangs skyld har jeg likt meg på skolen! Det er ikke verst i det hele tatt!"
(sier informanten og smiler).

Det er ikke likegyldig eller tilfeldig hvordan relasjonen mellom partene er i en undervisningssituasjon. Allerede i det første møtet mellom deltaker og logoped kan grunnen legges for det videre samarbeidet og klimaet. Det vil være naturlig at logoped på forhånd har innhentet og satt seg inn i tilgjengelig informasjon om deltaker. En bør også være forberedt på å kunne møte et menneske i krise. Det første møtet vil primært være å etablere kontakt på en høflig og respektfull måte, informere, observere, og evt. innhente mer informasjon. Gjensidig informasjonsutveksling, bevisstgjøring av å "arbeide på lag" og relasjonsbygging er essensielt i startfasen (Byng, 1995; Lyon, 1998). Det er viktig å gi objektiv informasjon til deltaker og pårørende, det kan dempe usikkerhet, uro og engstelse knyttet til det som har skjedd. (Se også underavsnitt 4.5.1). Det er avgjørende at deltaker føler seg ivaretatt, kjenner en viss grad av støtte, trygghet, forutsigbarhet og håp (Lyon, 1998; Worall et al., 2006-2008; Johannessen et al., 2010). Allerede på dette tidspunktet vil logopedens tilnærming til afasi og veiledning gjenspeile seg. Er hovedfokus på språk- og kommunikasjonsvansken eller er det en holistisk tilnærming der en setter afasien inn i en kontekst og har fokus på både deltaker og familie/pårørende? Logopedens oppfatning av sin egen og deltakers rolle vil i høy grad påvirke relasjonen mellom partene. Som fagperson vil logoped ha kunnskap om og erfaring med afasi som gir en viss autoritet og bidrar til et asymmetrisk forhold, likevel er det mma

som kjenner sin egen afasi best. Ved bevisst å være deltakerstyrt, la mma være ekspert kan en utnytte maksimalt denne "dobbeltkunnskapen" til beste for deltaker. (Simmons-Mackie, 2000; Hewitt & Byng, 2003; Byng & Dunchan, 2005; Simmons-Mackie, 2008). Ett av hovedprinsippene innenfor empowerment er at deltaker selv opplever sterkest hva som er vanskelig for ham og derfor skal definere problemene sine og avgjøre hva han ønsker hjelp til. Det krever at logoped ser på seg selv som en samarbeidspartner og støttespiller for deltaker. Han har fagkompetanse, forståelse og perspektiver som skal være en tilgjengelig ressurs for deltaker (Andersen et al., 2000).

Kommunikasjonen og dialogen er en vesentlig faktor i relasjonen mellom deltaker og logoped og i enhver undervisningssituasjon. Hvordan kommuniserer logopeden med deltaker og hva gir kommunikasjonen uttrykk for? Et mma har en språk- og kommunikasjonsvanske som kan vanskeliggjøre aktiv deltakelse fra deltakers side. Det kan være i en livskrise og kan ha begrensninger av kognitiv, motorisk eller psykisk art. Noen mma har ikke god selvinnsikt og er ikke fullt bevisst egen livssituasjon, andre har relativt god selvinnsikt og noen kan være preget av dårlig selvtillit, depresjon, følelse av tilkortkommenhet og håpløshet. Disse faktorene må logoped ha kunnskap om, være oppmerksom på og ha ferdigheter til å håndtere. Hvis en preges av empowerment-tenkning skal logopeden i sin kommunikasjon oppmuntre, støtte deltaker og bidra til en bevisstgjøring av å delta i eget liv (Andersen et al., 2000; Hewitt & Byng, 2003). Mma skal betraktes som "oppgående" mennesker med krav på å bli lyttet til og møtt med respekt og autonomi. Logoped bør ha en grunnholdning i møte med deltaker som preges av ubetinget positiv aktelse, ydmykhet, ekthet og empati. Aktiv lytting er et grunnleggende element i veiledning, det er en kommunikasjonsferdighet som gir informasjon, som viser interesse, respekt og forståelse for deltaker (Eide & Eide, 2000; Lauvås & Handal, 2000; Johannessen et al., 2010). Harry Clarke har afasi og er selv veileder. Han sier noe om det å være en god veileder og viktigheten av å lytte (egen oversettelse): "En må være en god lytter, en må lytte til den underliggende meningen bak ordene, en må bruke stillheten til å fokusere på deltaker og hans følelser, og en må lære å bare "være der" for deltakeren." (Clarke, 2003, s. 80).

Alle mennesker går inn i ulike typer relasjoner med en førforståelse. Det gjør også logoped og deltaker i afasiundervisningen. Logopeden må være seg bevisst sin egen førforståelse, sine verdier og erfaringer, sin kompetanse og væremåte. Logopeden må også kunne ha evne og vilje til å forstå deltakers opplevelser og kunne samhandle med ham, noe Røkenes & Hansen

(2002) omtaler som relasjonskompetanse. Som nevnt tidligere kan det være nødvendig å metakommunisere for å bidra til en bedre forståelse, å redusere uklarheter, å hindre konflikter eller løse dem (Lauvvås & Handal, 2000).

De tre informantene hadde ingenting å utsette på logopeden som fagperson, de oppfattet logopeden som faglig kompetent. Hva denne vurderingen var fundert på, fikk jeg ikke nærmere informasjon om. Det kan være deres oppriktige oppfatning eller det kan være et utslag av en oppfatning om at logopeden innehar ekspertisen i kraft av stilling, kunnskap, kompetanse og erfaring jf. underavsnitt 4.3.2. De opplevde at logopeden stort sett så på dem som en likemann, en "oppegående" person. Samtidig som logopeden har denne holdningen til deltakerne, blir det slik jeg kan vurdere det ut ifra inntrykk og informasjon, et språk mellom holdning og praksis. Deltakerne blir ikke helt og fullt involvert i planlegging av egen målsetting og undervisning, eller ansvarliggjort. Dette kan være et uttrykk for logopedens ståsted og tilnærming jf. avsnitt 2.3, men det kan like gjerne være et uttrykk for hvordan afasiundervisning generelt foregår rundt omkring. Mange logopeder føler seg "hjemme" i den sosiale tilnærmingen, men klarer ikke helt å ta konsekvensen av det helt ut i sin logopedpraksis. Ekspertrollen sitter fortsatt i ryggmargen, det er trygt å fortsette i kjente spor, noen logopeder føler at det forventes av dem å inneha denne rollen, det er vanskelig å bryte et innarbeidet mønster eller en tradisjon, det kan oppleves krevende og uforutsigbart med en maktforskyvning og det kan være problematisk å få gjennomslagskraft for en slik tenkning og praksis i systemet. Man skal jo gjøre en jobb – altså det kollegaene ser på som jobb også.

Ved å velge en sosial tilnærming, blir det ikke bare selve afasiundervisningen som blir berørt. Alle de ulike settingene som mma befinner seg i blir også involvert, om en vil være tro mot prinsippene i den sosiale tilnærmingen. Det gjelder i første rekke ektefelle, familie/pårørende, deretter nærperso-ner og ansatte eller kollegaer ved aktuelle virksomheter deltaker oppholder seg i. Hvordan tilrettelegger vi som logopeder for en slik arbeidsform? Vi må forholde oss til ulike systemer, og hvordan tilrettelegger disse for samarbeid og en slik praksis? Og ønsker alle deltakere og pårørende å bli del av en slik tilnærming? Gir vi dem reelle valgmuligheter?

Som påpekt tidligere i oppgaven, er det innbakt en empowerment-tenkningen i den sosiale tilnærmingen. Det fordrer et verdigrunnlag, visse holdninger og ferdigheter hos veileder. Deltaker blir sett på som et selvstendig, ansvarlig og ressursrikt menneske som har kunnskap og ekspertise på eget liv. Enkeltindividet og dets behov blir respektert, og det eksisterer en tro på dets evne til å erkjenne egen virkelighet, foreta valg og skape forandring og ta kontroll

over eget liv (Andersen et al., 2000; Askheim, 2003). Vil en logoped arbeide etter slike prinsipper, må deltaker selv ta ansvar for eget liv, definere problemene sine og hvilke forandringer han ønsker. Deltaker må sette sine egne mål og bestemme hvordan han vil nå dem. Logopeden er til stede for deltaker, er en samarbeidspartner som kan bidra med verdifull kompetanse og erfaring som gir deltaker innsikt i egen livssituasjon, som avdekker ressurser og muligheter og som gjør deltaker i stand til å ta gode avgjørelser og valg (Andersen et al., 2000; Byng & Duchan, 2004; Lyon, 2004).

Informantene følte at logopeden var en person som støttet og oppmuntret dem, lyttet til dem og stort sett var nærværende i undervisningen. Det er en veileders oppgave å støtte, oppmuntre, utfordre, forløse styrke og ressurser, fremme vekst, mestring og refleksjon (Lassen, 2002; Johannessen et al., 2010). De tre informantene hadde litt tvetydige responser på om de oppfattet at logopeden var opptatt av at de skulle mestre. I en spørsmålskontekst svarte de at logopeden var opptatt av det, i en annen at det ikke var så mye fokus på det. Det kan være at jeg var utydelig i spørsmålstillingen, at jeg ikke helt oppfattet det implisitte i det de sa, eller at de ikke helt oppfattet spørsmålet mitt om det å mestre. Like fullt er det en pedagogs/logopeds/veileders oppgave å legge til rette for mestring, være bevisst det aktivium mestring betyr for motivasjon, framgang/bedring, selvbilde, tilfredshet og følelse av kontroll. Uansett om en rendyrker en veiledningsteori eller har en mer eklektisk tilnærming, må veileder hele tiden reflektere over valg av strategi i hver enkel veiledningssituasjon og være kritisk til egne holdninger og til egen praksis (Lauvås & Handal, 2000).

4.5 Informasjon, veiledning og samarbeid

4.5.1 Informasjon om afasi og tilleggsvansker

"Forklarte logopeden deg hva afasi er?". *"Lite". "Ja, på Sunnaas". "Sikkert. Det er så mange rare ord! Husker ikke"*. På spørsmål om de selv skulle ønsket å få mer informasjon, hadde de overraskende sprikende responser. En var veldig tydelig på at han ikke ønsket mer informasjon. En følte informasjonen hadde kommet naturlig og gradvis, mens den siste informanten gjerne skulle fått mer informasjon under hele rehabiliteringsprosessen.

I "Talking about aphasia" (1997) handler et kapittel om viktigheten av å gi informasjon om afasi til den som har afasi og til pårørende. Forfatterne har intervjuet flere mma og de skildrer

her sine opplevelser med å få slag og afasi på en beskrivende måte: "When you're taken with a stroke your life changes completely and you don't know anything. I think we should be told. – Everything seems a secret. (...) if someone would only come and explain to you" (s. 89).

Som nevnt tidligere, vil både den generelle helsetilstanden og språkskaden til mma påvirke hvilken og hvor mye informasjon som kan gis, og på hvilken måte og på hvilket tidspunkt. Behovet for informasjon vil også variere fra person til person og det vil være forskjellig i ulike faser. For noen mma vil det å få informasjon føre til aksept, større forståelse, noe å forholde seg til, et utgangspunkt for veien videre i livet og en viss følelse av kontroll. For andre kan informasjon tvert imot virke skremmende, uhåndterbar og forsterke psykiske reaksjoner. Det kan som mine informanter også antydnet, ha vært gitt informasjon som de ikke kunne erindre som en følge av skaden. Informasjon kan også bli formidlet på en dårlig måte og deltaker kan misforstå eller ikke forstå informasjonen som blir gitt. Mange mma trenger å få informasjon gjentatte ganger i rehabiliteringsperioden (Parr et al., 1997; Pound, 2004). En av informantene etterlyste skriftlig informasjon. Denne kan da tas fram ved behov og deles med flere.

Worrall et al. (2006-2008) sin forskning i Australia viste at mangel på informasjon var framtreddende. Både mma og deres pårørende følte de fikk for lite informasjon både i akuttfasen og senere i rehabiliteringen. "I think they could've told me more about the stroke. I didn't know what a stroke was. We didn't know what aphasia was (...). I went to the library and got a couple of books to read on (...)." (s. 20, 21, 23). Hva kan være årsaken til at vi logopeder er litt "unnlatende" med å informere om afasi? Spør vi mma om de ønsker informasjon? Antar vi at mma ikke har faglig interesse av å vite noe om afasi? Er vi engstelig for deltakers reaksjoner på det de får høre, er vi redd for at de ikke vil klare å forholde seg til informasjonen? Opplevs det ubehagelig for logoped å måtte gi denne type informasjon? Hvordan spiller menneskesyn og yrkesetikk inn i det å unnlate å informere om afasi? Her er mange og kanskje ubehagelige spørsmål som vi som logopeder bør reflektere over.

Ut ifra egen logopedpraksis har jeg erfart at mange mma vet lite om mulige tilleggsvansker og de såkalte "usynlige" vanskene (jf. avsnitt 2.2). Mange har ulike vansker, men snakker ikke om dem fordi de synes det er vanskelig, det virker uforståelig eller unaturlig, og de blir dermed gående alene med en uvisshet eller engstelse. Jeg ville derfor spørre informantene om de hadde fått noe informasjon om slike vansker. "Fikk du noe informasjon om vanlige tilleggsvansker?". Ingen av informantene kunne huske at de hadde fått det. De vanligste

tilleggsvanskene er lammelser i ansikt, arm og ben, synsfeltutfall som gir tap av syn i visse deler av synsfeltet, dysartri/talevansker og apraksi som reduserer evnen til viljestyrte handlinger. Dette er informasjon som logoped kan formidle og gi noe kunnskap om og innblikk i til deltaker om det er interesse eller behov for det. Det kan også være aktuelt å gi informasjon om aktuelle hjelpemidler og hvor det er mulighet til å anskaffe slike.

Jeg spurte informantene om logopeden hadde gitt dem tips på litteratur om afasi, lydbøker, ulike kurstilbud eller informert dem om Afasiforeningen. Ingen hadde fått særlig mye tips eller informasjon fra logoped, men alle kjente til "Afasiposten" (Afasiforeningens tidsskrift) som de hadde tilgang til på logopedkontoret. En av informantene ville gjerne hatt mer av denne type informasjon.

4.5.2 Informasjon eller veiledning om afasi i forhold til familie/pårørende eller nærpersoner. Samarbeid mellom pårørende og logoped

Om det var noe varierende svar angående behov for mer informasjon om afasi for egen del, var to veldig samstemte om at det var behov for mer informasjon i forhold til pårørende og nærpersoner. Ingen av informantenes pårørende hadde hatt noe samarbeid med logopeden.

"Ektefellen min har ikke fått så mye informasjon av logopeden, tror jeg. Hvis ikke nn hadde vært så mye med på Solvang, hadde nn ikke visst så mye som nn gjør". "Hvis venner hadde fått informasjon om afasi, ville det vært lettere for meg å snakke med dem. De ville forstått meg bedre. De ville kommet om det var et info-møte om afasi". "Pårørende var på sykehuset, men vet ikke hva slags informasjon de fikk".

En av faktorene som skiller den sosiale tilnærmingen fra andre, er nettopp vektleggingen på og presiseringen av at mma lever i en kontekst med andre mennesker. Afasien er ikke bare et problem for den som har fått afasi, men får konsekvenser også for menneskene rundt denne personen. Sarno (2004) hevder at det i dagens samfunn er en stor og generell kunnskapsmangel om afasi og dertil manglende erfaring i å omgås mma. Hun mener at så lenge samfunnet ikke tolererer annerledeshet, vil mma fortsatt bli en stigmatisert gruppe mennesker som henvises til sosial isolasjon. Samfunnet blir også "deleier" av afasiproblematikken. Tilnærmingen går så langt som å si at menneskene rundt mma også har ansvar for og plikt til å legge til rette for at mma får muligheter for kommunikasjon og deltakelse (Sarno, 2004; Simmons-Mackie, 2008). I dette ligger det bl.a. at en samtale, en

kommunikasjon er en aktivitet hvor to eller flere parter er delaktig i, og at begge/alle parter har et ansvar for hvordan den utspiller seg. Mma kan av og til føle at de er ansvarlige for hvordan en samtale skal forløpe, det er de som har språk-/kommunikasjonsvansken og underforstått er det de som må "finne ut av det". I mangel av kunnskap og forståelse kan det skje som et par av informantene berettet om, mennesker trekker seg unna mma, de er usikre på hvordan på de skal oppføre seg eller forholde seg i forhold til mma og til afasiproblematikken. Dette kan virke som en forsterkning på et allerede skadet selvbilde og føre til mma isolerer seg og unngår sosiale settinger. "The average person does not know what aphasia is or its short- and long-term impact on survivors of stroke and their caregivers (Code, Simmons-Mackie, Armstrong & Armstrong, 2000). Unawareness leads to indifference and lack of support." (Lubinski, 2008, s. 342). Det er avgjørende at pårørende og nærpersoner involveres i hvert enkelt mma sin kommunikasjonsvanske. Å formidle generell informasjon om afasi kan gi kunnskap om og større forståelse for mma. Spesifikk informasjon om den aktuelle deltakers afasi kan med samtykke, også formidles hvor en ser det er nyttig og relevant. Det er i det daglige hverdagslivet det virkelige livet til mma leves, ikke i de få timene sammen med en logoped på et kontor. Det er i disse settingene det er viktigst å prøve å legge til rette for kommunikasjon, samhandling og deltakelse. Det er her mma får sin bekreftelse på egenverd, identitet, funksjon og rolle. Og det er essensielt at det er her, i sine nære omgivelser mma møter forståelse, støtte og oppmuntring i sin nye livssituasjon (Chapey et al., 2008). Den sosiale tilnærmingen poengterer at mma eksisterer i en sosial kontekst som får konsekvenser for hvordan en definerer afasiproblematikken, den ser på afasi som en kommunikasjonsvanske med psykiske og sosiale konsekvenser. Den ser også på hvilken måte afasi får langtids-konsekvenser for både mma og dets pårørende. Den går skrittet videre med å innlemme pårørende som en naturlig og nødvendig del av hele rehabiliteringsprosessen. Afasi rammer ikke bare den som har fått afasi, men menneskene rundt mma påvirkes også i høy grad. Afasien preger kommunikasjonen og relasjonen innad i familien og i alle sosiale settinger (Chapey et al., 2008; Simmons-Mackie, 2008; Bakken, 2010). Faglitteratur og forskningsresultater taler tydelig om mangelen på informasjon til og involvering av nærmeste pårørende. Ektefeller forteller om sin fortvilelse og frykt for dette ukjente, om manglende kunnskap til å takle denne nye livssituasjonen, lite støtte og veiledning fra logoped og system til å mestre hverdagen med dens nye, vanskelige og sammensatte utfordringer. Det er ikke bare mma som kan trenge veiledning og undervisning, det gjør også pårørende og nærpersoner!

Lubinski (2008) representerer en "environmental" tilnærming til afasi som jeg oppfatter som en naturlig, logisk "forlengelse" av den sosiale tilnærmingen. Her påpekes viktigheten av å se på alt fra de nære fysiske og sosiale omgivelsene til de helt fjerne, eksterne omgivelsene til et mma. Pårørende og nærpersoner tilhører de nære omgivelsene som blir berørt av afasien. I tabell 12-1 (s. 324-325) skisseres opp mulige konsekvenser disse menneskene vil kunne erfare. Avhengig av hvilken fase de er i, kan det være f.eks. frykt, sjokk, sorg, hjelpsløshet, isolasjon, nye roller, sosiale og økonomiske problemer, den daglige frustrasjonen over en vanskelig eller manglende kommunikasjon, en begrenset uavhengighet osv. Videre belyses hvilke behov som vil kunne oppstå/bli aktuelle i de ulike fasene. Gjennomgående temaer er støtte, informasjon, veiledning og involvering. Det er viktig at pårørende og nærpersoner blir lyttet til, at de blir involvert, at de opplever å få støtte, hjelp og veiledning, og at de blir skolert til å bli gode kommunikasjonspartnere for mma og ved det også kan bli en katalysator for bedre kommunikativ samhandling med øvrige omgivelser.

4.6 Empirisk oppsummering

Hvilke tanker og erfaringer hadde mine tre informanter fra afasiundervisningen?

Mitt helhetsinntrykk er at de tre deltakerne stort sett virket fornøyde med sine tilbud, med afasiundervisningen. Afasiundervisningen hadde vært/er et viktig bidrag i deres språklige rehabiliteringsprosess. De opplevde å ha en god relasjon til logopeden og at samarbeidet mellom dem gikk greit. Logopeden ble oppfattet som en dyktig fagperson som både motiverte, oppmuntret og støttet dem.

Undersøkelsen viser videre at deltakerne ikke hadde opplevd at det ble utformet en skriftlig plan i samarbeid med logoped for ønskede/forventede mål, undervisningsinnhold og –metoder for en bestemt undervisningsperiode. Det var riktignok satt noen uformelle mål i den ene gruppeundervisnings-settingen, som var formulert av logoped. Et interessant funn i forbindelse med målsetting, var nettopp at den ene informanten var særdeles tydelig på at det ville kunne ha virket mot sin hensikt å sette opp mål. Denne informanten ville ha opplevd det som nok et påført nederlag om ikke målene hadde blitt oppnådd! Dette er en viktig refleksjon fra et mma å ta med seg i en logopeds planarbeid. Noen mma ønsker å arbeide etter ideen om at "veien blir til mens en går", de ønsker å ha retten til å bestemme fart og resultater i eget tempo. Kanskje er logopeder av og til for utålmodige etter å kunne se og evt. dokumentere

framgang/resultater slik at de forserer prosesser eller ikke verdsetter nok de små framskrittene eller det som oppleves som framgang for deltakeren? Alle prosesser og all forandring/framgang kan for øvrig heller ikke alltid måles.

Intervjudataene viser at deltakerne hadde kommet med noen ønsker for hva som kunne være aktuelt å arbeide med i undervisningen, men det representerte slik jeg oppfattet det, kun en liten del av det totale tilbudet. En av deltakerne fikk bestemme lokaliseringen av selve undervisningen, som var svært viktig for den deltakeren. En kan ved dette si at deltakerne til en viss grad var involvert i planleggingen av undervisningen. Likevel var det med andre ord en liten og uformell grad av deltakerstyring, og denne var ikke registrert noe sted. Tross dette, virket deltakerne tilfredse. Hvorfor virket de fornøyde med å ikke bli involverte i sin egen undervisning, reflektere over egne problemer, formulere og sette egne mål, selv sette agenda, ta kontroll og ansvar for egen læring, vurdere og bestemme hva som er nyttig osv.? Kan årsaken være at de opplevde det som at de var "i trygge hender", at de stolte på og forventet at logopeden "visste best"? Eller at de i starten var så syk eller påvirket av slagets og afasiens konsekvenser at de ikke var i stand til eller var likeglad med å bli involvert? Eller kunne det være et uttrykk for at de følte at de hadde en rolle som ikke var berettiget noen form for medansvar, selvbestemmelse og kontroll? Eller var det et resultat av at fra logopeden arbeidet etter en bevisst faglig tilnærming som ikke var basert på å involvere deltakerne i prosessen, altså en tilnærming som ikke var deltakerstyrt? Eller var det et utslag av det som Byng (1995) kaller logopeders implisitte kunnskaper som viste seg i praksis eller deres "kliniske intuisjon"? Dette er spørsmål som denne undersøkelsen ikke gir svar på, men som absolutt er både viktige og relevante spørsmål vi logopeder må stille oss i vår daglige praksis.

Informantene hadde ingen sterk opplevelse av at det ble tatt utgangspunkt i deres "livsverden" eller deres kompetanse. Som sagt ble noen av deres ønsker for undervisningsinnhold innfridd. De forstod etter hvert også hensikten med det meste av det de jobbet i timene, de ulike oppgavene som logopedene presenterte for dem. Som en av informantene uttrykte det: *"Jeg var med på det dem (logopedene) bestemte. Jeg synes det var fint for meg, jeg altså"*. De tok det de fikk "servert". Jeg observerte liten bevissthet eller refleksjon hos informantene om undervisningen tok utgangspunkt i deres livssituasjon og hadde som uttrykt mål å gjøre deres hverdag og livskvalitet bedre. De hadde på en måte ikke et eierforhold til undervisningen eller en opplevelse av at undervisningen kunne få ringvirkninger til andre områder enn språk og

kommunikasjon. Det var ingen forståelse eller oppfattelse av at undervisningen hadde en holistisk tilnærming til afasi.

En av informantene hadde erfaring med en type formell evaluering av undervisningen. Vanligvis evaluerer en et resultat opp mot tidligere resultat for å vise framgang eller tilbakegang. Ingen av informantene kunne erindre at det var tatt noen form for tester, og det var heller ikke satt opp formelle mål som skulle vurderes om de var oppnådd eller ei. Av den grunn ville en evaluering måtte bli en uformell vurdering av framgang. Enhver form for evaluering av framgang og undervisning er viktig for både deltaker og logoped, ikke bare for dokumentasjonens skyld, men først og fremst for å motivere, oppmuntre og kunne revidere undervisningsopplegg og –mål.

Selv om deltakerne ikke opplevde at undervisningen spesifikt var relatert til eller initiert av deres livssituasjon, deres behov og mål, viste de en meget stor grad av vilje til og motivasjon for å arbeide med sin språk- og kommunikasjonsvanske. De hadde også til en viss grad en bevisst holdning til sitt eget-ansvar for sin språklige framgang. Disse faktorene er store aktiva i en slik situasjon og har et potensiale i seg som bør benyttes maksimalt, men som generelt kanskje ikke blir brukt fullt ut i enhver undervisnings- og rehabiliteringsprosess.

Undersøkelsen viser at det et sprik mellom ønsket og gitt informasjon av logoped. To av informantene ønsket at de for egen del og/eller at pårørende/nærpersoner hadde fått mer informasjon om afasi og annen relevant informasjon. Dette bekreftes av annen og mer omfattende forskning, som nevnt tidligere. Her er et ansvar og en oppgave som vi logopeder må bli oppmerksomme på og ta på alvor!

Ingen av informantene hadde opplevd noen form for samarbeid mellom pårørende/nærpersoner og logoped. Dette er ikke nødvendigvis et uttrykk for manglende vilje til eller ønske om samarbeid fra noens side, men en konstatering av at dette er den erfaringen disse tre informantene har. Dette er også et funn som bør vekke undring og være til ettertanke hos oss logopeder. Er det slik at vi logopeder i liten grad inviterer, oppmuntrer eller motiverer pårørende til samarbeid? Eller er det andre årsaker til det manglende samarbeidet?

5 Konklusjon

Jeg hadde som ønske og mål å få vite noe mer om hvilke tanker og erfaringer mma har fra afasiundervisningen. Jeg ville undersøke hvilken type praksis disse deltakerne møtte. Og til slutt vurdere om og reflektere over hvorvidt og hvordan disse innsamlede dataene, kunnskapene kunne få betydning for meg som logoped i mitt videre arbeid med mma. Jeg har tidligere i oppgaven skrevet noe om min nøkterne vurdering av dette prosjektets betydning, som jeg regner med er nokså begrenset. Det jeg har fått større innsikt i er viktigheten og nødvendigheten av å bringe forskning opp på et makronivå (Kvale & Brinkmann, 2009). Som i dette tilfellet, hevder jeg at det er viktig for logopeder, på mikronivå, å få vite noe om mma sine tanker, erfaringer og refleksjoner fra sin undervisning, men det er like essensielt å bringe denne innsikten og kunnskapen opp på system- og samfunnsnivå, på makronivå. Om en ønsker endringer i praksis og system, må en operere på flere plan.

Det kvalitative intervjuet blir som en sosial praksis påvirket av sin sosiale kontekst samtidig som det kan bidra til å forme, understøtte eller forandre denne. (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 314). (...). Når data fra slike intervjuer presenteres på en ordentlig måte, stimulerer de leseren til å delta i samtalen og diskutere det som blir sagt. Slike intervjuer stimulerer på merkelig vis noe som vi kan kalle den offentlige mening, en mening som testes i den åpne diskusjonsarena (Bellah, 1985, s. 305, ref. i Kvale & Brinkmann, 2009, s. 314).

"It is essential that speech-language pathologists, both individually and through their professional organizations, accept responsibility for increasing social and political consciousness regarding this communication problem." (Lubinski, 2008, s. 342).

I mitt forskningsprosjekt deltok det informanter som pr. i dag har en moderat eller lett grad av afasi med grei forståelse og evne til å gjøre seg forstått i større eller mindre grad. Det er derfor viktig å lese og vurdere innholdet i oppgaven ut fra disse premissene. Med en større, mer sammensatt eller representativ informantgruppe ville både drøfting og konklusjon kunne blitt en annen. Min konklusjon er derfor avledet av disse premissene og de funnene som er gjort.

Når jeg presenterte masterprosjektet mitt i logopedmiljøet, var reaksjonene alt fra "Så spennende!" til "Dette vet vi jo noe om fra før av!/Tror vi kan forutsi hvordan svarene vil

bli!". Jeg hadde selvsagt min førforståelse av hvordan svarene ville kunne bli og hvilken retning funnene i undersøkelsen ville kunne ta. Likevel opplevde jeg det som viktig og relevant å lytte til disse menneskenes tanker og erfaringer, og å få et lite innblikk i deres livsverden. Det kan være lett, enkelt, trygt og uforpliktende å bli sittende på logoped-siden av bordet og betrakte mennesker og undervisning mest fra en synsvinkel. Og det er skremmende lett å stivne i vante/gamle undervisningsformer og -roller!

Det er lærerikt og tankevekkende å lytte til mma. Selv om mange av deres tanker og erfaringer er for så vidt kjent stoff, så er det likevel alltid noe å hente av ny kunnskap, nye momenter, andre nyanser og synsvinkler i en slik samtale. Ingen av disse menneskene er like, de er unike individer med hver sine vansker, sterke sider, personligheter, ønsker og behov som jeg som logoped møter i mitt daglige arbeid. Så blir spørsmålet: Hvordan ønsker jeg å møte dem - og hvordan møter jeg dem? Mennesker legger ut på såkalte dannelsesreiser, og det er på en måte det jeg føler jeg har gjort her i møte med informantene og i møte med faglitteraturen, om enn i et lite format. Jeg har fått mer innsikt og kunnskap om mma som jeg ønsker å anvende i min praksis. Det føles også til en viss grad som en forpliktelse å ta i bruk og forvalte denne kunnskapen.

Ideologisk og verdimessig identifiserer jeg meg med holdningene og prinsippene i den sosiale tilnærmingen. Jeg ser likevel verdifulle elementer i den kognitive nevropsykologiske tradisjonen som er mulig å implementere i den sosiale tilnærmingen og dermed arbeide etter en mer eklektisk tilnærming. På vegne av egen praksis kan jeg ikke påberope meg å arbeide gjennomført etter prinsippene til den sosiale tilnærmingen. Det blir i praksis litt som Peer Gynt sa det: " Ja, tenke det; ønske det; *ville* det med, - - men *gjøre* det!" (Henrik Ibsen, Samlede verker 1, 1991, s. 304). Hva kan årsakene være til at det oppleves vanskelig å arbeide etter en slik tilnærming fullt ut? De forskjellige forskningsresultatene som jeg har henvist til tidligere i oppgaven, bekrefter at mange logopeder fortsatt jobber i sporene etter den medisinske modellen hvor logopeden er eksperten og har størst fokus på språk- og kommunikasjonsskaden. Forskningsrapportene gir ingen entydige svar på hvorfor det er slik eller hva som må til for å endre denne mentaliteten eller denne praksisen. Et annet betimelig spørsmål er om alle logopeder ønsker å anvende denne arbeidsformen eller har sitt faglige teoretiske ståsted slik det kommer til uttrykk i denne tilnærmingen? Innenfor afasifeltet som på de fleste fagområder, oppstår ulike trender, tenkninger som kan virke dominerende i introduksjonsfasen og i en viss tid derpå. Det er nødvendig og viktig med nytenkning som kan

føre til en positiv utvikling og positive ringvirkninger/effekter innenfor et fagfelt og for dem som blir direkte påvirket/implisert. I all nytenkning er nødvendigvis ikke alt nytt stoff, ny materie. Ofte bygges og utvikles nytenkning på gammelt gods som har vist seg gagnlig og levedyktig. Det er derfor nødvendig for hver enkelt fagperson å reflektere over og vurdere hva er verdifullt og nyttig å ta inn i egen praksis av "nyheter" innenfor fagfeltet. Like viktig er det at det bør være en innbyrdes kollegial respekt og toleranse for hverandres ulike faglige synspunkter og ulike faglige tilnærminger til afasiproblematikken.

Jeg ønsket å innhente informantenes erfaringer fra deres afasiundervisning og se hvilken type praksis de møtte. Denne informasjonen vurderte jeg så opp mot en sosial tilnærming som er blitt en anerkjent, etablert og utbredt tilnærming i dagens internasjonale praksisfelt, enten som en selvstendig tilnærming eller kombinert med andre tilnærminger. I denne tilnærmingen ligger mange generelle og grunnleggende spesialpedagogiske elementer. Innbakt i dette har jeg også sett på veiledningens plass i afasiundervisningen, med spesielt blikk for empowerment-tenkningen som jeg opplever er delvis integrert i den sosiale tilnærmingen.

Om en nå vurderer den sosiale tilnærmingen som et verdifullt tilskudd innen fagfeltet og afasiundervisningen – hva er det som kan vanskeliggjøre det å arbeide etter disse prinsippene? Det er allerede påpekt flere ganger vansken med å bryte med en teori- og praksistradisjon. Logopeder utdannes til å bli fagpersoner på bl.a. afasi. Som fagperson går en mer eller mindre automatisk inn i en ekspertrolle både i egne og omverdens øyne. Vi kan ikke unndra oss at det er en ganske utbredt oppfatning. Ja, vi har kunnskap om og får etter hvert også erfaring og kompetanse i å arbeide med mma. Det gjør oss likevel ikke til den selvskrevne og eneste autoritet på afasiproblematikken! Deltakerne kjenner seg selv best, både før og etter et slag med påfølgende afasi. De kjenner på "kropp og sjel" hvordan det er å leve med afasi i hverdagen, år etter år, og i forholdet til sine nærmeste og sine omgivelser. Vi gjør lurt i å lytte til disse menneskene! De har sine tanker, erfaringer, ønsker og behov som det er viktig, essensielt, nødvendig og nyttig å få informasjon om for alle de som samarbeider med mma, det være seg familie, nærpersioner, fagpersonell, etc. Mener vi at ethvert menneske skal møtes med respekt, verdighet og autonomi, må også hvert menneske beholde sin ytringsrett, medbestemmelsesrett og bestemmelsesrett innenfor reelle mulighetens grenser. Er det alltid slik vi logopeder møter våre deltakere i afasiundervisningen, og er det slik deltakerne opplever de blir møtt i ulike offentlige system som sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner e.l. ? Både den sosiale tilnærmingen og empowerment-tenkningen har et grunnleggende positivt

menneskesyn som tillegger mennesket egenverd, ressurser, kompetanse, evne til både å kunne og ville ta kontroll over eget liv, å være hovedaktør i eget liv. Disse representerer en helhetstenkning som ser på den totale livskvaliteten til enkeltindividet i dets setting og som også favner om menneskene i mma sine omgivelser. Det er et mål å forløse styrke og ressurser, oppmuntre til og legge til rette for mestring, refleksjon, vekst og kompetanseheving hos mennesker som har fått en ny faktor med dens konsekvenser inn i sine og pårørendes liv. Er dette et verdi- og menneskesyn som gjenspeiles i praksis vårt samfunn? Spørsmålet blir igjen: Er det alltid slik vi logopedene møter våre deltakere i afasiundervisningen, og er det slik deltakerne opplever de blir møtt i ulike offentlige system som sykehus, rehabiliteringsinstitusjoner e.l. ? Og - hvordan hadde jeg ønsket å bli møtt i en slik eller lignende situasjon?

Å arbeide etter en sosial tilnærming er ikke ensbetydende med at logopeden får en statist-rolle eller fraskriver seg ansvar. Det må nødvendigvis bli en noe annen rolle- og maktfordeling enn i en tradisjonell tilnærming. Logopeden kan ikke lenger se på seg selv som ekspert, men må innta rollen som partner og dele innflytelses- og maktfaktoren med mma. Det forventes selvsagt ikke at mma kommer ferdig-reflektert og behovs- og målbevisst til afasiundervisningen. Logopeden har fortsatt med sin kunnskap og kompetanse et ansvar for å informere, orientere og veilede og legge til rette for ulike valg og de konsekvensene valgene medfører, og oppmuntre og støtte mma i deres nye livssituasjon. Logopeden blir en samarbeidspartner for hver enkelt deltaker. Det gjelder også for pårørende og nærpersoner. Samtidig som det skjer en rolle- og maktforskyvning, blir mma, pårørende og nærpersoner også ansvarliggjort på en annen måte.

Dette er en arbeidsform som ikke bare er krevende for logoped, men også for deltaker og pårørende. Det er i noen tilfeller eller i enkelte faser ikke mulig å arbeide etter en sosial tilnærming pga. av deltakers tilstand eller evne til deltakelse. Det vil også være mma som av ulike årsaker ikke vil bli involvert på denne måten, ikke orker eller ønsker å måtte ta stilling, foreta valg eller ansvarliggjøres i så sterk grad. Hva med dem? Skal de da ikke få et likeverdig tilbud om afasiundervisning? Og hvor langt skal logopeden prøve å motivere eller presse på for å få en reell deltakerstyring, involvering? Dette er også en problemstilling som kan være aktuell i forhold til pårørende. Selv om forskningsresultater viser at pårørende ønsker mer informasjon og mulighet for deltakelse, kan det i enkelte tilfeller være at mma selv ikke

ønsker pårørende involvert eller at pårørende ikke vil forplikte seg til et samarbeid eller opplegg.

En logoped som ønsker å arbeide etter en sosial tilnærming kan kun til en viss grad avgjøre eller påvirke utøvelsen av en slik arbeidsform. Den store forskjellen mellom det en leser av faglitteratur og forskning fra utlandet og til vår virkelighet i Norge, er at vi er et lite land med offentlige og små enheter/tilbud. Våre deltakere har stort sett ikke ulike tilbud å velge mellom, men må ta det de får av tilbud, som igjen styres av kommuneøkonomien.

Fagenhetene rundt om i landet er små, mange logopeder opplever å arbeide alene som fagperson, og det er nok ikke mange logopeder som er del av et tverrfaglig team. Allerede i dette ligger det en begrensning i forhold til helhetstenkning og deltakerstyring. Logopeder som arbeider i en kommune vil komme i kontakt med ulike kommunale institusjoner/virksomheter og deres ansatte i forbindelse med arbeidet med mma. Arbeidspress, tidsnød, ressursmangel, vilje og manglende formelle retningslinjer påvirker og avgjør evt. grad av tverrfaglig samarbeid mellom disse faggruppene som er relevante samarbeidspartnere til mma og deres pårørende.

Det er i dagens system ingen innarbeidet automatikk som vitner om en holistisk eller sosial tilnærming til afasiproblematikken eller afasirehabiliteringen. Dette bidrar og fører til at en kan oppleve det vanskelig av å arbeide fullt ut etter disse prinsippene.

I den logopediske hverdagen og virkeligheten kan det etter dette fortone seg vanskelig å arbeide etter en sosial tilnærming. Det eksisterer absolutt både individuelle hindringer og motforestillinger og systembegrensninger som vanskeliggjør denne arbeidsformen.

Innarbeidede tradisjoner er ikke en enkel materie å jobbe med eller forandre på. Tenkning, praksis, forventninger må få nye impulser, ideer som argumenterer og overbeviser til en holdningsendring og forandring av praksis. Tross disse kompliserende faktorene som er nevnt ovenfor, håper og tror jeg at med et målbevisst, strategisk arbeid over tid og på flere områder kan få til en holdnings- og praksisendring. Som nevnt tidligere er det vanskelig å se på den sosiale tilnærmingen isolert fra systemkonteksten en logoped og et mma samarbeider i. Av den grunn ble det nødvendig å trekke noe av konklusjonen et trinn opp - på systemnivå. Mens en håper på og arbeider mot denne endringen, kan en på individnivå prøve å arbeide etter disse prinsippene så langt det lar seg gjøre.

Det er lærerikt, korrigerende og utfordrende å lese faglitteratur og intervjuer m.m. Det blir også en bevisstgjøring om for hvem og på hvem sine premisser det drives afasiundervisning. Når jeg nå har samlet og drøftet funnene som er gjort – er det noe her som vil påvirke eller endre min logopedpraksis; endre min egendefinering av egen rolle som logoped eller endre synspunkt på hvilken tilnærming jeg identifiserer meg med? Er dette en jobb hvor jeg ser på meg selv som en fagperson som stiller sin kunnskap og kompetanse til disposisjon for m.m.? Hvem setter agenda i undervisningen – m.m. eller jeg? Hvordan forholder jeg meg til pårørende, nærpersoner og samarbeid?

Informantene mine hadde ikke mye å utsette på afasiundervisningen, de uttrykte en relativt god tilfredshet med tilbudet sitt og relasjonen til og samarbeidet med logopeden. Deres pågangsmot og utholdenhet i arbeidet med deres språk- og kommunikasjonsvanske var imponerende! Selv om funnene ikke er oppsiktsvekkende eller kanskje spesielt overraskende eller representative, er det grunn til ettertanke av og refleksjon over noen av deres erfaringer fra afasiundervisningen. Jeg undres også over deres manglende uttrykte motforestillinger til eller kritikk av afasiundervisningen, refleksjoner over eller ønsker om en annen type tilnærming eller et annet alternativ. Dette reflekterer jeg noe over i kapittel 4. Ingen av informantene hadde opplevd å ha en undervisningsplan som uttrykte noe om mål, innhold og metode. Det kan være ulike oppfatninger av slike planer og om hvor omfattende de bør være. Det som uansett er viktig i starten av et undervisningsopplegg er å få fram hva deltaker opplever som vanskelig og problematisk og hvilke konsekvenser afasien får i hverdagen for en selv og pårørende. På bakgrunn og grunnlag av deres ønsker og behov kan en plan og egendefinerte mål settes. Dette var en erfaring informantene var ukjente med og som de ikke reflekterte over. Om en vil arbeide etter en sosial tilnærming, er dette ett av kjernepunktene både logoped og m.m. må forholde seg til. Det kunne virke som om informantene ikke hadde en bevisst oppfatning av at det som skjedde i undervisningen tok utgangspunkt i deres livssituasjon eller hadde en helhetstilnærming til afasiens kompleksitet og konsekvenser. Å identifisere, synliggjøre og kartlegge afasiens karakter og konsekvenser for både m.m. og dets pårørende er et vesentlig element innenfor den sosiale tilnærmingen. Likedan å plassere dette inn i den daglige konteksten de berørte partene lever i. Arkitektene bak LPAA mener at framtidens afasiundervisning må være deltakerstyrt, dvs. at det er deltakers mål som setter agenda, og at undervisningen fokuserer på tiltak som virkelig får konsekvenser, som utgjør en forskjell i hverdagen til m.m. og minimaliserer afasiens konsekvenser. De presiserer også viktigheten av å involvere pårørende og omgivelser inn i afasiproblematikken. Afasi er ikke

noe som kun den med afasi affiseres av, men alle mennesker denne personen har en relasjon til. Hvor bevisste og reflekterte er vi logopeder i vår tilnærming på ringvirkningene som afasien skaper i disse menneskenes liv? Nettopp i dette skjæringspunktet var det også at informantenes uttalelser kunne oppfattes som en kritisk innvending til undervisningen - nemlig logopedens manglende informasjon til og samarbeid med pårørende og nærpersoner. Her kan det virke som mma har et udekket behov som vi logopeder har et ansvar å gjøre noe med om en ønsker å arbeide etter en sosial tilnærming eller ei.

Jeg vil avslutningsvis påpeke et funn som vekte min interesse og bekrefter tanken, ideen om en type helhetlig, bredspektret tilnærming til afasiproblematikken. Alle tre informantene (pluss den ene informanten på prøveintervjuet) trakk fram Habiliteringstjenesten sin "Hjernescole" som et godt og utbytterikt tilbud. Hva var det som appellerte og "traff" informantene ved dette opplegget? De opplevde å møte et tverrfaglig team som kunne informere og utfordre dem på ulike områder, altså en mer helhetlig tilnærming. De opplevde videre en sosial setting med andre mennesker som hadde vansker av forskjellig art. Det var flere og naturlige samhandlingsaktiviteter; de løste oppgaver i felleskap, de samtalte, spiste, og "gymmet" sammen. Pårørende hadde også mulighet til å få informasjon og samtale med aktuelle fagpersoner. Slik jeg oppfattet informantene, var denne helhetstilnærmingen i en mer reell sosial kontekst to viktige faktorer til at de erfarte dette tilbudet som svært positivt.

Er det noe i dette tilbudet til Habiliteringstjenesten vi kan ta lærdom av og adoptere til afasiundervisningen? Hvordan ønsker vi at morgendagens afasiundervisning skal være? Ønsker vi å anvende prinsippene til den sosiale tilnærmingen i vår afasiundervisning? Er det mulig innenfor de rammene vi har i dag? Burde vi vurdere om andre organisasjonsformer ville være mer tjenlig både for mma, logopeder og alle involverte samarbeidspartnere? Å arbeide etter en slik tilnærming er ikke bare avhengig av logopedene, det må også være en politisk vilje og enighet i samfunn og system til å jobbe og forvalte etter slike prinsipper og et slikt verdigrunnlag. Er det slik vi opplever samfunnet vårt i dag? Opplever våre deltakere og deres pårørende at de er i fokus og er delaktige i diskusjoner og beslutninger angående tiltak med direkte konsekvenser for deres liv, hverdag og framtid – og ønsker alle det? Og – ønsker vi logopeder, er vi villige til å legge til rette for reell deltakerstyring?

Litteraturliste

- Andersen, M.L., Brok, P.N., & Mathiasen, H. (2000). *Empowerment på dansk*. Frederikshavn: Dafolo Forlag.
- Askheim, O.P. (2003). *Fra normalisering til empowerment*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Bakken, H.B. (2010). Afasi – en utfordring for hele familien. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 216-227). Oslo: Novus.
- Bastiaanse, R., Lind, M., Moen, I., & Simonsen, H. G. (2006). *Verb- og setningstesten (VOST)*. Oslo: Novus forlag.
- Befring, E., & Tangen, R. (2001). Spesialpedagogikk som fag og forskningsfelt. I E. Befring, & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk*. (s. 13-36). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Befring, E. (2002). *Forskningsmetode, etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode med etikk og statistikk*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Berg, K., & Haaland-Johansen, L. (2009). *Å ha noe å si - med afasi*. (Prosjektet gjennomføres av Statped Nord og Bredtvet kompetansesenter). Hentet 14. september 2011, fra <http://skolenettet4.ls.no/nyupload/Moduler/Statped/Enheter/Bredtvet/Filer/%C3%85%20ha%20noe%20si.pdf>
- Bhagal, S.K., Teasell, R., Speechley, M. (2003). Intensity of Aphasia Therapy, Impact on Recovery. *Stroke*, 2003, 34, 987-993.
- Berntsen, M., & Røste, I. (2010). "Vent litt, nå er det min tur! Bruk av grupper i afasirehabiliteringen. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph, & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 105-119). Oslo: Novus AS.
- Byng, S. (1995). What is Aphasia Therapy? I C. Code, & D. Müller (Red.), *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*. (s.3-17). London: Whurr Publishers Ltd.

- Byng, S., & Duchan, J.F. (2004). Challenging aphasia therapies. I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s. 8-18). Hove and New York: Psychology Press.
- Byng, S., & Duchan, J.F. (2005). Social model philosophies and principles: Their applications to therapy for aphasia. *Aphasiology*, 19 (10/11), 906-922.
- Chapey, R., Duchan, J.F., Elman, R.J., Garcia, L.J., Kagan, A., Lyon, J.G., & Simmons-Mackie, N. . (2008). Life-Participation Approach to Aphasia: A Statement of Values for the Future. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 279-289). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Cherney, L.R., & Robey, R.R. (2008). Aphasia Treatment: Recovery, Prognosis, and Clinical Effectiveness. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 186-202). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Clarke, H. (2003). Doing less, being more. I S. Parr, J. Duchan, & C. Pound (Red.), *Aphasia Inside Out*. (s. 80-90). Berkshire: Open University Press.
- Corneliussen, M. (2005). *Afasi og spesialundervisning*. Bredtvet kompetansesenter. Statped skriftserie nr. 36.
- Corneliussen, M., Haaland-Johansen, L., Knoph, M.I.K., Lind, M., & Qvenild, E. (2006). *Afasi og samtale. Gode råd om kommunikasjon*. Oslo: Novus AS
- Cruice, M., Worall, L., Hickson, L., & Murison, R. (2003). Finding a focus for quality of life with aphasia: Social and emotional health, and psychological well-being. *Aphasiology*, 2003, 17 (4), 333-353. Psychology Press Ltd.
- Dalen, M., & Ogden, T. (2008). Spesialpedagogikk og spesialpedagogiske tiltak. I A-L. Rygvold, & T. Ogden (Red.), *Innføring i spesialpedagogikk*. (s. 383-412). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Damasio, H. (2008). Neural Basis of Language Disorders. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 20-41). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins. D. M
- Edmundson, A., & McIntosh, J. (1995). Cognitive neuropsychology and aphasia therapy: putting the theory into practice. I C. Code, & D. Müller (Red.), *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*. (s.137-163). London: Whurr Publishers Ltd.
- Eide, H., & Eide, T. (2000). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Elman, R.J. (2005). Social and Life Participation Approaches to Aphasia Intervention. I L.L. LaPointe (Red.), *Aphasia and Related Neurogenic Language Disorders*. (s. 39-50). New York. Stuttgart: Thieme.
- Fiva, T., & Krogtoft, M. (2006). Forskningsrapporten. I K. Fuglseth, & K. Skogen (Red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. (s. 208-236). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Frattali, C.M. (1998). Measuring Modality-Specific Behaviors, Functional Abilities, and Quality of Life. I C.M. Frattali (Red.), *Measuring Outcomes in Speech-Language Pathology*. (s. 55-88). New York: Thieme.
- Fuglseth, K. (2006). Vitskapsteori og hermeneutikk. I K. Fuglseth, & K. Skogen (Red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. (s. 256-271). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Garcia, L.J. (2008). Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 349-373). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hallowell, B., & Chapey, R. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 3 -19). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.

Henrik Ibsen samlede verker 1. (1991). Oslo: De norske Bokklubbene A/S.

Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.

Hewitt, A., & Byng, S. (2003). From doing to being: from participation to engagement. I S. Parr, J. Duchan, & C. Pound (Red.), *Aphasia Inside Out*. (s. 51-64). Berkshire: Opne University Press.

Hillis, A.E., & Newhart, M. (2008). Cognitive Neuropsychological Approaches to Treatment of Language Disorders: Introduction. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 595-604). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.

Holland, A.L., & Forbes, M.M. (1993). *Aphasia Treatment – World Perspectives*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

Holland, A.L., & Ramage, A. E. (2004). Learning from Roger Ross: A clinical journey. I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s. 118-129). Hove and New York: Psychology Press.

Holter, H., & Kalleberg, R. (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Howard, D., & Patterson, K. (2005). *Pyramide- og palmetesten*. (M. Corneliussen, oversettelse). (Originalarbeid publisert 1992). Oslo: Novus forlag.

Howard, E., & Hatfield, F.M. (1987). *Aphasia Therapy. Historical and Contemporary Issues*. Hove & London & Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Inglar, T. (1997). *Lærer og veileder*. Oslo: Universitetsforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P.A., & Kristoffersen, L. (2004). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Johannessen, E., Kokkersvold, E., & Vedeler, L. (2010). *Rådgivning*. (2010). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Johnsen, G. (2006). Intervjuet. I K. Fuglseth, & K. Skogen (Red.), *Masteroppgaven i pedagogikk og spesialpedagogikk*. (s. 118-131). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Kagan, A., Winckel, J., & Shumway, E. (2003). *Illustrert kommunikasjonsmateriell*. (T. L. Dahl, A. Kvande, & E. Qvenild, oversettelse). (Originalarbeid publisert 1996). Kristiansund: Afasiforbundet i Norge.
- Kagan, A., & Duchan, J.F. (2004). Consumers' view of what makes therapy worthwhile. I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s. 158-172). Hove and New York: Psychology Press.
- Kay, J., Lesser, R. & Coltheart, M. (2009). *Psykolingvistisk kartlegging av språkprosessering hos afasirammede (PALPA)* (Bredtvet kompetansesenter, Logopedtjenesten – Helse Bergen, Statped Vest & Øverby kompetansesenter, oversettelse). (Originalarbeid publisert 1992). Oslo: Novus forlag.
- Kearns, K.P., & Elman, R.J. (2008). Group Therapy for Aphasia: Theoretical and Practical Considerations. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 376-402). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kierkegaard, S. (1991). *Synspunkt for min forfatter-virksomhed*. Bind18. s. 96-97. København: Gyldendal Nordisk Forlag.
- Kvale, S. (1997). *InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2001). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lafond, D.R., DeGiovani, R., Joannette, Y., Ponzio, J., & Taylor Sarno, M. (1993). *Living with aphasia*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.

- Lassen, L. (2001). "Empowerment" som prinsipp og metode ved spesialpedagogisk rådgivningsarbeid. I E. Befring, & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk*. (s. 115-129). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Lassen, L. (2002). *Rådgivning. Kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lauvås, P., & Handal, G. (2000). *Veiledning og praktisk yrkesteori*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Lind, M., Moen, I., Uri, H., Meyer Bjerkan, K. (2000). Lingvistikk og språkpatologi. I M. Lind, H. Uri, I. Moen, & K. Meyer Bjerkan (Red.), *Ord som ikke vil*. (s. 13-95). Oslo: Novus forlag.
- Lind, M., & Haaland-Johansen, L. (2010). Kartlegging og dokumentasjon i afasiologisk praksis. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M.I.K. Knoph, & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 42-64). Oslo: Novus AS.
- Lubinski, R. (2008). Environmental Approach to Adult Aphasia. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 319-348). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lyon, J.G. (1998). *Coping with aphasia*. San Diego: Singular Publishing Group, Inc.
- Lyon, J.G., & Shadden, B.B. (2001). Treating Life Consequences of Aphasia's Chronicity. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 297-315). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lyon, J. (2004). Evolving treatment methods for coping with aphasia approaches that make a difference in everyday life. I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s 54-82). Hove and New York: Psychology Press.
- Mlcoch, A.G., & Metter, E.J. (2008). Medical Aspects of Stroke Rehabilitation. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 42- 63). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.

- Moldesnes, B. (1993). Hvordan bygge seg opp etter et slag? I M.L. Amundsen, E. Høy-Petersen, T. Sandmo, & K. Sundet (Red.), *Å leve med afasi*. (s. 69-77). Gjøvik: Aschehoug/Norsk Fjernundervisning.
- Morris, J., Howard, D., & Kennedy, S. (2004). The value of therapy: What counts? I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s134-157). Hove and New York: Psychology Press.
- NESH, (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*. Oslo: Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora.
- Nilsen, S. (2001). Spesialundervisningen i grunnskolen – perspektiver, prinsipper og dilemmaer. I E. Befring, & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk*. (s. 418-435). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Ogden T., & Rygvold, A-L. (2008). Spesialpedagogisk praksis. I A-L. Rygvold, & T. Ogden (Red.), *Innføring i spesialpedagogikk*. (s. 15-37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Parr, S., Byng, S., Gilpin, S., & Ireland, C. (1997). *Talking About Aphasia*. Buckingham. Philadelphia: Open University Press.
- Parr, S., Duchan, J., & Pound, C. (2003). Setting the scene. I Parr, J. Duchan, & C. Pound (Red.), *Aphasia Inside Out*. (s. 1-9). Berkshire: Open University Press.
- Parr, S., Paterson, K., & Pound, C. (2003). Time please! Temporal barriers in aphasia. I Parr, J. Duchan, & C. Pound (Red.), *Aphasia Inside Out*. (s. 127-143). Berkshire: Open University Press.
- Patterson, J.P., & Chapey, R. (2008). Assessment of Language Disorders in Adults. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 64-152). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J., & Woolf, C. (2000). *Beyond Aphasia*. Oxon: Speechmark Publishing Ltd.
- Pound, C. (2004). Dare to be different: The person and the practice. I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s. 32-53). Hove and New York: Psychology Press.
- Prosjekt Kunnskapsdialog. (1998). *Den slagrammede og de usynlige vanskene*. Oslo.
- Qvenild, E., Haukeland, I., Haaland-Johansen, L., Knoph, M. I. K., & Lind, M. (2010). Afasi og rehabilitering. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 23-41). Oslo: Novus.
- Reinvang, I., & Engvik, H. (1980). *Håndbok. Norsk grunntest for afasi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Reinvang, I. (1994). *Afasi. Språkforstyrrelser etter hjerneslag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Røkenes, O.D., & Hansen, P.H. (2002). *Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Sarno, M.T. (2004). Aphasia therapies: Historical perspectives and moral imperatives. I J.F. Duchan, & S. Byng (Red.), *Challenging Aphasia Therapies*. (s. 19-31). Hove and New York: Psychology Press.
- Simmons-Mackie, N.N. (2000). Social Approaches to the Management of Aphasia. I L.E. Worall, & C.M. Frattali (Red.), *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (s. 162-188). New York. Stuttgart: Thieme.
- Simmons-Mackie, N. (2008). Social Approaches to Aphasia Intervention. I R. Chapey (Red.), *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. (s. 290-317). Baltimore, Maryland: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sindre, S., & Eide, F.E. (1992). *Kontraster – på søk i et ras-skadd hjernelandskap*. Naustdal: Vestlandsforlaget.

- Skogen, K. (2001). Spesialpedagogikken i et organisasjons- og innovasjonsperspektiv. I E. Befring, & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk*. (s. 130-152). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Slaatsveen, G., & Dalåmo, E. (2011). Etske betraktninger og dilemmaer vedrørende avslutning av logopedundervisningen. *Norsk Tidskrift for Logopedi*, 2/2011, 38-39.
- Slettebø, T. (2000). Empowerment som tilnærming i sosialt arbeid. *Nordisk Sosialt Arbeid*, nr.2, 75-85.
- Solberg, A. M. (2006). *Psykologiske tilleggsvansker hos afasirammede*. Re.
- Stette, Ø. (2010) Opplæring spesielt organisert for vaksne. I Ø. Stette (Red.), *Opplæringslova og forskrifter*. (s. 100-112). Oslo: PEDLEX Norsk Skoleinformasjon.
- Stoller, S. (2010). En kasusstudie av afasi i tidlig fase. I M. Lind, L. Haaland-Johansen, M. I. K. Knoph, & E. Qvenild (Red.), *Afasi – et praksisrettet perspektiv*. (s. 136-149). Oslo: Novus.
- Tangerud, H. (2001). Alderdom, samfunn og teknologi. I E. Befring, & R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk*. (s. 502-521). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Theie, S., & Qvenild, E. (2010). ICT brukt i utredning av afasi. *Norsk Tidskrift for Logopedi*, 4/2010, 10-18.
- Wertz, R. T. (2000). Aphasia therapy: a clinical framework. I I. Papathanasiou (Red.), *Acquired Neurogenic Communication Disorders: A Clinical Perspective*. (s. 3-27). London and Philadelphia: Whurr Publishers.
- Whitworth, A., Webster, J., & Howard, D. (2005). *Assessment and Intervention in Aphasia*. Hove and New York: Psychology Press.
- WHO. (2002) *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF*. Hentet 15. juni 2011, fra <http://www.who.int/classifications/icf/training/icfbeginnersguide.pdf>
- WHO. (2003). ICF – Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemmen og helse. (KITH, oversettelse). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. (Originalarbeid publisert 2001).

- Worall, L. (1995). The functional communication perspective. I C. Code, & D. Müller (Red.), *The Treatment of Aphasia: From Theory to Practice*. (s.47-69). London: Whurr Publishers Ltd.
- Worall, L.E. (2000). A Conceptual Framework for a Functional Approach to Acquired Neurogenic Disorders of Communication and Swallowing. I L.E.Worall, & C.M. Frattali (Red.), *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (s. 3-18). New York. Stuttgart: Thieme.
- Worall, L.E., & Holland, A.L. (2003). Quality of life in aphasia. *Aphasiology*, 2003, 17(4), 329-332. Psychology Press Ltd.
- Worall, L. (2006). Professionalism and functional outcomes. *Journal of Communication Disorders*, 39 (2006), 320-327.
- Worall, L., Davidson, B., Hersh, D., Ferguson, A., Howe, T., & Sherratt, S. (2006-2008). *Meeting the needs of people with aphasia, their families and speech-language pathologists: tension in the goal-setting process*. Clinical Aphasiology Conference (2009: 39th: Keystone, CO: May 26-30, 2009). The Aphasiology Archive, University Library System, University of Pittsburgh. Hentet 2. mars 2011 fra: <http://aphasiology.pitt.edu/archive/00002081/01/viewpaper.pdf>
- Worall, L., Davidson, B., Hersh, D., Ferguson, A., Howe, T., & Sherratt, S. (2006-2008). *What people with aphasia want: Towards person-centered goal-setting in aphasia rehabilitation*. The University of Queensland & The University of Newcastle Australia. Hentet 2. mars 2011 fra: <http://www.docstoc.com/docs/25225331/WHAT-PEOPLE-WITH-APHASIA-WANT-TOWARDS-PERSON-CENTERED-GOAL>
- Wormnæs, O. (2006). "Om forståelse, tolkning og hermeneutikk". I Universitet i Oslo, Spesialpedagogikk. SPED4010. Vitenskapsteori, forskningsmetode og statistikk. (s. 223-242). Oslo: Unipub AS.

Vedlegg

Vedlegg nr 1: Informasjonsskriv

Informasjonsskriv

Jeg har arbeidet som logoped her i Vestfold i 4 år og skal nå skrive min masteroppgave i logopedi. Jeg studerer på Høgskulen i Sogn og Fjordane, men det er Universitet i Oslo som har det faglige ansvaret for studiet.

Interessen for afasi har vært både av faglig og privat art. Det var også en av hovedgrunnene mine for å bli logoped. Temaet for oppgaven min er hvilke tanker og erfaringer mennesker med afasi har fra afasiundervisningen.

For å finne ut noe om dette, ønsker jeg å intervju 3 personer (fra ulike kommuner i fylket) som har fått afasi og som enten går til logoped eller har gjort det.

Det vil bl.a. bli stilt spørsmål som:

- hvordan har du opplevd logopedtilbudet du har fått?
- fikk du god informasjon om hva afasi er?
- hvordan har afasiundervisning vært nyttig for deg?
- har undervisningen vært motiverende?
- har dine ønsker og mål for undervisningen blitt lyttet til?
- har eventuelle pårørende fått informasjon/veiledning i forhold til afasi eller blitt involvert afasiundervisningen din?

Jeg vil ta notater under intervjuet, men for å være mest mulig tilstedeværende under intervjuet, vil jeg også ta et opptak for å sikre meg at jeg får med meg all informasjonen. Intervjuet vil ta omtrent en time. Hvis det er behov for å dele det opp i to økter, er det fullt mulig. Er det aktuelt å ha med en pårørende eller en annen person, er det greit. Tid og sted for intervjuet blir vi enig om i fellesskap.

Det er frivillig å være med og du kan trekke deg når som helst. Du har innsynsrett og krav på anonymitet. Jeg på min side har taushetsplikt.

Opplysningene vil bli oppbevart og behandlet forsvarlig og konfidensielt. Opptakene slettes når oppgaven er ferdig. Prosjektet avsluttes 16.november 2011.

Jeg håper du kan tenke deg å være med på dette prosjektet! På forhånd takk!

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på mobil xx xx xx xx, eller sende meg en e-post til xxxxxxx@online.no.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Med vennlig hilsen

Astrid Mæland Solberg

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt informasjon om prosjektet “Tre mennesker med afasi sine tanker og erfaringer fra afasiundervisningen. Afasiundervisning i teori og praksis“, og jeg ønsker å stille til intervju.

Signatur:

Telefonnr/mobil:

Evt. mailadr.:

Vedlegg nr 2: Intervjuguide

Her kommer noen spørsmål som vi vil komme inn på i samtalen vår.

Det er flott om du kan lese gjennom dem og tenke litt på hva du vil si til de forskjellige spørsmålene. Er det noe du lurer på må du gjerne ta kontakt (mobilnummeret mitt er: xxxxxxxx, mailadressen er: xxxxxxxx@online.no).

Lykke til og takk igjen for at du stiller opp!

INTERVJUGUIDE

A. AFASIUNDERVISNINGEN

1. Hvordan opplevde du afasiundervisningen – sånn alt i alt?
2. Kan du fortelle litt om dine ønsker for undervisningen?
Hva ville du lære eller oppnå? Hva var viktig for deg?
3. I hvilken grad ble timene lagt opp ut fra hva du ønsket deg?
4. I hvilken grad tok undervisningen utgangspunkt i dine forutsetninger og din hverdag?
5. I hvilken grad synes du det ble satt opp en tydelig plan med mål, innhold og arbeidsmetode for din undervisning?
6. Hva jobbet dere med i timene?
Kan du si litt om det ble gitt noen forklaring på hvorfor du skulle jobbe med de forskjellige oppgavene?
7. Hvor godt forberedt synes du at du selv var til undervisningstimene?
Hvordan synes du logopeden var forberedt til timene?
8. I hvilken grad evaluerte du og logopeden afasiundervisningen din?
9. Kan du si noe om du synes det ble krevd nok, for lite eller for mye av deg i timene?

10. Kan du si noe om hvordan afasiundervisningen hjalp deg i forhold til din egen hverdag, i forhold til familie og venner, jobb og fritid?
11. I hvilken grad føler du at undervisningen har gitt deg selvtillit, trygghet og selvstendighet?
12. Hvordan ble undervisningstilbudet ditt avsluttet?

B. RELASJONEN TIL LOGOPEDEN

1. Hvordan opplevde du samarbeidet med logopeden?
2. Kan du si noe om stemningen, atmosfæren i undervisningstimene?
3. Fortell litt om hvordan du følte du ble møtt/behandlet av logopeden.
I hvilken grad opplevde du at du ble lyttet til, møtte forståelse, fikk støtte og oppmuntring?
4. Hvordan var det å samtale eller snakke med logopeden?

C. INFORMASJON, VEILEDNING OG SAMARBEID

1. Hvordan syns du logopeden har informert deg om hva afasi er og mulige konsekvenser av afasi?
2. I hvilken grad fikk familie/pårørende informasjon om hva afasi er av logopeden?
I hvilken grad har det vært en form for veiledning eller samarbeid mellom logoped og familie/pårørende?
3. I hvilken grad fikk du informasjonen om eventuelle hjelpemidler, litteratur eller kurs om afasi eller foreninger/organisasjoner for mennesker med afasi?

Vedlegg nr 3: Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Erling Kokkersvold
Institutt for spesialpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Vår dato: 08.11.2010

Vår ref: 25448 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.10.2010. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 08.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25448	<i>Afasirammedes oppfølging (logopedbehandling) etter sykehusopphold - hvordan opplever de den selv</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Erling Kokkersvold
Student	Astrid Mæland Solberg

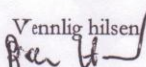
Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

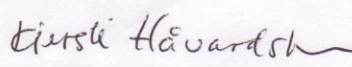
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.11.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Børn Henrichsen


Kjersti Håvardstun

Kontaktperson: Kjersti Håvardstun tlf: 55 58 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Astrid Mæland Solberg, Myreveien 250, 3174 REVETAL

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 25448

Formålet med prosjektet er å få et bilde av hvordan afasirammede erfarer og opplever tilbudet hjemkommunen gir dem etter utskrivelse fra sykehus.

Utvalget rekrutteres gjennom logoped/behandler. Ombudet legger til grunn at taushetsplikten ikke er til hinder for rekruttering og førstegangskontakt, jf. telefonsamtale med Solberg 08.11.2010.

Ombudet finner informasjonsskrivet til utvalget tilfredsstillende forutsatt at det tilføyes dato for prosjektslutt. Vi ber om å få tilsendt revidert skriv.

Det innhentes sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 punkt 8 c).

Ombudet forutsetter at lagring av data finner sted i tråd med Universitetets retningslinjer for datasikkerhet. Ved bruk av minnepenn anbefales at innholdet krypteres.

Prosjektslutt er 15.11.2011. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Koblingsnøkkel og lydopptak slettes, indirekte personidentifiserbare opplysninger fjernes, omskrives eller grovkategoriseres.